ADHD

dossier | **adhd en middelengebruik**

VAD Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15 | 1030 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Auteur
Johan Rosiers, stafmedewerker VAD

Redactie
Else De Donder, stafmedewerker VAD
Marijs Geirnaert, directeur VAD
Tina Van Havere, stafmedewerker VAD
Mieke Van Peteghem, stafmedewerker VAD

Layout cover, print en afwerking
www.epo.be

Verantwoordelijke uitgever
Frieda Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2004/6030/15

VAD
DE DRUGLIJN 078-15-10-20

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoudsopgave

Voorwoord

VAD publiceert regelmatig een inhoudelijk dossier over een relevant alcohol- en drugthema. Aan de reeks VAD-dossiers wordt bij deze één toegevoegd: het dossier ADHD en middelengebruik.
ADHD staat steeds meer in de belangstelling. De medicinale behandeling van de stoornis is hierin vaker het voorwerp van discussie en controverse. Terecht of niet? Er wordt wel eens een link gesuggereerd tussen ADHD en (problematisch) middelengebruik. Is die er en welke rol spelen comorbide stoornissen en medicatiegebruik hierin? Dit zijn maar twee voorbeelden van pertinente vragen waar we in dit dossier een antwoord proberen op te geven. We hebben niet de pretentie om te stellen dat we op alle vragen een onweerlegbaar antwoord kunnen geven. We proberen enkel om, op basis van een zeer gedegen literatuuronderzoek, recente inzichten en resultaten mee te geven. Er wordt ook ruime aandacht besteed aan de aanknopingspunten voor en ervaringen in de wereld van preventie, hulpverlening en onderzoek.

Dit dossier kwam mede tot stand dankzij de inbreng van deskundigen en samenwerking met professionals die actief zijn in de alcohol- en drugthematiek.
We willen volgende deskundigen bedanken voor het nalezen van de hoofdstukken 2 en 3: dr. P-J. Carpentier (psychiater Novadic - NL), H. Jenaer (psycholoog CAD Limburg), L. Labeeuw (pedagoge Centrum Zit Stil) en prof. J. Roeyers (Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie Universiteit Gent).
Voorts willen dr. L. Devenyns en dr. M. Fortuin van het Antigifcentrum bedanken voor het verstrekken van informatie over het aantal oproepen met betrekking tot Rilatine® en IMS Health voor de informatie over de verkoop van methylfenidaat (Rilatine®) in België.
Daarnaast gaat een oprecht woord van dank uit naar volgende personen uit de alcohol- en drugsector voor het meedelen van hun ervaringen en visie over ADHD en middelengebruik: P. Aertsen (CGG Mechelen), B. Biesiada (OK De Pelgrim), C. Blocken (CAD limburg), dr. M. De Roo (RCGGZ Deinze-Gent-Eeklo), H. Deswert (CGG Noorderkempen), dr. J. De Varé (DC De Sleutel Antwerpen), L. De Wilde (PZ Sint-Camillus), T. Evenepoel (DrugLijn), L. Goethals (CGG Noord-West-Vlaanderen), S. Goossens (CAW Metropool), I. Lemahieu & F. Polders (CGG Waas en Dender), S. Liekens & M. Van Stichel (PC Sint-Norbertus), dr. F. Matthijs & dr. J. Van Acker (Free Clinic), dr. E. Santens & H. Thirion (PK Broeders Alexianen – Ter Dennen), G. Schepens (vzw Schuilplaats), G. Slots (CGGZ Brussel - Primavera), J. Sys (AZ Sint-Jan Brugge), A. Van Cauwenberghe (SODA), dr. I. Van den Heuvel, P. De Bruyn & C. Bruninx (CIC De Spiegel), dr. D. Van de Putte (PZ Ziekeren), dr. D. Vergote (Kompas vzw), W. Vermeiren (CGG Vlaams-Brabant Oost), A. Vermassen (ADIC) en K. Volckaert (PK Broeders Alexianen – Pathways).

VAD
september 2004

1. Inleiding

De publieke aandacht voor ADHD en het daar vaak mee gepaard gaande gebruik van medicatie (voornamelijk Rilatine®) is de laatste jaren merkbaar toegenomen. Dat hangt samen met het stijgend aantal diagnoses en behandelingen van ADHD. Het ziet er niet naar uit dat de toegenomen diagnose en behandeling van ADHD een tijdelijk fenomeen is. In het buitenland, waar identieke trends zich veel vroeger instelden, blijkt dat deze fenomenen manifest aanwezig blijven. Ook de discussies omtrent beide fenomenen zijn daar nog niet gaan liggen. Het is niet ondenkbaar dat ook in België de ADHD-discussies feller de kop zullen opsteken. Daarom is het goed om een aantal zaken op een rij te zetten.

Meer specifiek vanuit de doelstellingen van VAD bekeken, wordt in dit dossier ruime aandacht geschonken aan de link tussen ADHD, medicatie en problematisch middelengebruik. Er is namelijk heel wat onderzoek naar verricht waarin tal van relaties werden aangetoond. De voornaamste bevindingen worden in het dossier gebundeld.

Het dossier probeert vanuit een objectieve positie de feiten overzichtelijk weer te geven. In hoofdstuk 2 wordt stilgestaan bij de fenomenen, de spelers in het spel zeg maar: ADHD, de behandeling van ADHD (met ruime aandacht voor de medicinale aanpak) en problematisch middelengebruik. Elk van deze aspecten wordt toegelicht. In hoofdstuk 3 worden de onderlinge linken beschreven. In concreto gaat het over het risicoverhogend aspect van ADHD op middelengebruik, de invloed van prenatale blootstelling aan middelengebruik op ADHD, methylfenidaat in de behandeling. In hoofdstuk 4 worden aanbevelingen geformuleerd voor preventie, hulpverlening en onderzoek.

Het dossier is hoofdzakelijk uitgewerkt op basis van gevonden literaire referenties, waarvan het merendeel de resultaten van wetenschappelijk onderzoek beschrijft. Grootschalig onderzoek over ADHD en middelengebruik is eerder schaars. We hebben in de zoektocht naar referenties voor dit dossier vooral beschrijvingen van kleinschalige onderzoeken gevonden. Over bepaalde specifieke deelaspecten waren slechts 1 of 2 referenties te vinden. We geven hier en daar aan de nodige voorzichtigheid aan de dag te leggen bij de reikwijdte van de bevindingen.

Tot slot nog 2 praktische toelichtingen. Voetnoten met een letter wijzen op een nadere toelichting, die onderaan het blad te vinden is. Voetnoten met een cijfer wijzen op een gehanteerde referentie. Alle referenties staan achteraan vermeld.
In de tekst worden nogal wat farmaceutische producten vermeld. Een lijst met een beknopte beschrijving van deze producten is opgenomen in bijlage 3.

2. De spelers

2.1. ADHD

2.1.1. Wat is ADHD?

Kenmerken

ADHD staat voor Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, wat in het Nederlands vertaald wordt als aandachtstekort (of aandachtsstoornis) met hyperactiviteit. In de vorige decennia werden dezelfde symptomen ook wel anders genoemd: minimal brain damage, hyperkinetic reaction of childhood en attention deficit disorder (ADD). ADHD wordt aanzien als een ontwikkelingsstoornis met 3 hoofdkenmerken die in 2 types gebundeld zijn: aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit[1].

- Aandachtstekort: wordt gekenmerkt door moeite hebben om genoeg aandacht te schenken aan details, fouten maken door achteloosheid, makkelijk afgeleid worden, moeite hebben om zich op iets te concentreren, vaak niet bij de zaak zijn, moeilijk kunnen ordenen van activiteiten, er moeilijk in slagen iets af te werken, vergeetachtig zijn.
- Hyperactiviteit: wordt gekenmerkt door overbeweeglijkheid (met handen of voeten of met het hele lichaam), moeilijk kunnen blijven zitten. Bij kinderen uit zich dit door moeilijk rustig kunnen spelen, vaak overal op klimmen en voortdurend rondrennen, de drang om voortdurend te praten. Bij volwassenen uit zich dit vaak door een innerlijk gevoel van onrust. Ook het moeilijk op een plaats kunnen blijven zitten en sterk de neiging hebben om rond te lopen komen voor.
- Impulsiviteit: wordt gekenmerkt door handelen zonder na te denken over de gevolgen, moeilijk de beurt kunnen afwachten, anderen onderbreken, al een antwoord geven vooraleer de vraag volledig gesteld is.

Dat maakt dat er in grote lijnen 3 ADHD-subtypes bestaan: het overwegend onoplettende of inattentieve ADHD-type (ook wel personen met ADD genoemd), het overwegend hyperactief-impulsieve ADHD-type en het gecombineerde ADHD-type. Er is niet alleen differentiatie in de uitingen van ADHD-symptomen, maar ook in de ernst van de symptomen. Er zijn gradaties in de symptomologie. Bij iedereen komen bovenstaande kenmerken wel eens voor. Dat betekent nog niet dat het gaat om ADHD. Om van ADHD te spreken, moet een persoon een combinatie van verschillende symptomen van aandachtstekort en/of hyperactiviteit/impulsiviteit vertonen. Deze symptomen moeten minstens 6 maanden manifest aanwezig zijn en niet in verhouding staan met het ontwikkelingsniveau. De symptomen moeten al voor het zevende levensjaar opgetreden zijn. Nadelige gevolgen en beperkingen van deze symptomen moeten op minstens 2 terreinen (op school, thuis, op het werk, onder leeftijdsgenoten en vrienden…) aanwezig zijn. Deze criteria zitten ook in de screeningsmethoden voor ADHD vervat. Daarover later meer.

De symptomen van ADHD zijn er zo goed als altijd, niet af en toe, en blijven levenslang aanwezig[1,2]. ADHD groeit er tijdens de volwassenheid in de regel niet uit. Het kan zich wel anders manifesteren. De volwassene kan er vaak ook beter mee omgaan.

De typische ADHD-gedragingen brengen de persoon met ADHD dikwijls in conflict met zijn omgeving: het niet op tijd of onvolledig afleveren van het gevraagde werk, het niet steeds opvolgen van huisregels en zo meer. Hierdoor legt men al gauw de link tussen ADHD en 'moeilijk gedrag'. Maar ook andere factoren kunnen een rol spelen in het ontwikkelen van 'moeilijk gedrag'[1]:

- Kindfactoren: elk kind is anders, heeft een eigen temperament, een erfelijke bagage, eventuele comorbide stoornissen en eigen ontwikkelingsmogelijkheden. Deze factoren bepalen mee hoe een kind reageert.
- Ouderfactoren: hun fysieke en psychische draagkracht, hun temperament en hun vaardigheden bepalen mee hoe zij op hun kind reageren, de aan- of afwezigheid van ouders thuis.
- Opvoedingsfactoren: niet alle opvoedingsmethoden zijn even effectief naar een ADHD-kind toe. Zij hebben extra nood aan een consequente aanpak, met veel aandacht voor waardering. Gezinsstress is te mijden omdat dit de effectiviteit van de opvoeding vermindert en sterker leidt tot het ontstaan van gedragsproblemen bij het kind.
- Ruimere contextfactoren: school, vrienden, verenigingsleven enzovoort hebben ook een invloed op het gedrag van het kind en de interacties binnen het gezin.
- Life events, trauma's

Er is onderling interactie tussen deze factoren: ouder- en kindfactoren hebben een invloed op de opvoedingsfactoren, ruimere contextfactoren hebben een invloed op het gezin en het kind…

Mogelijke oorzaken

Over de symptomen en gevolgen van ADHD is er heel wat minder discussie dan over de oorzaken van ADHD. Voornamelijk in de medische en psychiatrische wereld beschouwt men ADHD als een neuro(bio)logische ziekte, al is daarvoor nog geen sluitend bewijs geleverd[3].
Volgens een aantal onderzoekers of auteurs over ADHD gaat het om een functiestoornis in de hersenen. Zo wordt de link gelegd tussen ADHD en een stoornis in de frontaalkwab van de hersenen[2]. Andere bronnen stellen dat de aandachtsstoornis te wijten zou zijn aan een disfunctie van dopamine en/of norepinephrine[a] in belangrijke stukken van de cerebrale cortex, die de kennis stuurt[4,5]. Als iemand met ADHD een opstoot van dopamine en/of norepinephrine krijgt, kan er verbetering optreden in de aandachtsstoornis. Nog een andere bron legt de link tussen hyperactiviteit en een verminderde activiteit in het reticulair activeringssysteem en de daaraan verbonden zones[6]. Ook Centrum Zit Stil, een Vlaams centrum dat informatie, training, ondersteuning en zelfhulp aan mensen met ADHD en hun omgeving aanbiedt, bouwt voort op de stelling van de neurologische functiestoornis in de hersenen: door afwijkingen in de frontale hersenschors zou er een stoornis ontstaan in het verwerkingsproces dat zich afspeelt tussen inkomende prikkels en uitgaande reacties[1].
Toch leidt de stelling dat neurologische disfuncties de oorzaak zijn van ADHD tot grote controverses. Zo zouden er in neuropsychologisch onderzoek nog geen verschillen aangetoond zijn inzake hersenfuncties tussen personen met ADHD en personen zonder ADHD[7]. In Nederland mondde de discussie in 2002 zelfs uit in een rechtszaak, waarin het Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens klacht indiende tegen de Hersenstichting Nederland omdat die ADHD als een aangeboren hersenaandoening voorstelde. De uitspraak van de bevoegde instantie geeft goed de gevoerde discussie weer: *"Verweerster zegt zich in haar*

---

[a] Norepinephrine zorgt voor aanmaak van het stresshormoon adrenaline in de hersenen. Dopamine is een belangrijke neurotransmitter die onder meer opwinding, humeur en concentratie regelt.

standpunt dat ADHD een aangeboren hersenaandoening is, gesteund te weten door het resultaat van wetenschappelijk onderzoek en door wetenschappelijke artikelen over de oorzaak van ADHD. De door verweerster overgelegde stukken bieden echter onvoldoende grondslag voor de in de uiting gedane zo absolute mededeling dat ADHD een aangeboren hersenaandoening is. Bij het zoeken van de oorzaak van ADHD worden in de verschillende onderzoeken uiteenlopende mogelijke factoren genoemd. Van eenduidigheid over de oorzaak van ADHD is uit deze door verweerster overgelegde stukken niet gebleken.” [8]

Maar ook andere, niet-(neuro)fysische factoren kunnen een invloed hebben op het ontstaan van ADHD-symptomologie. Zo wordt in een casusbeschrijving in een wetenschappelijk artikel een aantal relevante contextgerichte ontwikkelingsfactoren als mogelijke initiator aangehaald: de impact van moeders postnatale depressie, de invloed van antidepressiva op de band met haar baby, huishoudelijk geweld tijdens de peuterjaren, binge drinken[b] van de vader… Al deze factoren kunnen een invloed hebben gehad op de ontwikkeling van het kind op het vlak van cognitieve en probleemoplossende vaardigheden, emotionele betrokkenheid en communicatie. Zeker omdat onderzoek de band tussen moeder-kind in het begrijpen van ontwikkelingspsychopathologieën steeds meer in de focus brengt[9].

2.1.2. Prevalentie van ADHD

Prevalentiecijfers voor ADHD in België hebben we niet kunnen opsporen. Daarom moeten we ons voor deze gegevens baseren op buitenlandse data. Uit de diverse onderzoeksgegevens blijkt dat er heel wat variantie zit in de prevalentiecijfers, gaande van 1 tot 20% van de totale bevolking[10]. Dit grote verschil hangt samen met de onderzoeks- en diagnosecontext waarin de verschillende onderzoeken die als referentie werden gebruikt, plaatsvonden. Gezien het feit dat er geen duidelijke cut-off is om ADHD aan te duiden, is het niet verwonderlijk dat prevalentiecijfers zo sterk verschillen[11]. Voorts wordt in Brits onderzoek vaker de ICD-10-diagnose voor hyperkinetische stoornis gehanteerd, die strengere criteria omvat dan DSM[c]. Hierdoor ligt de prevalentie in deze studies lager. Centrum Zit Stil geeft in haar publicatie aan dat men er internationaal van uitgaat dat 3 tot 5% van de bevolking ADHD heeft[1].

Kinderen en jongeren

De dichtst-bij-huis-bronnen zijn Nederlands. Daarin is sprake van een ADHD-prevalentie van 3 à 5% bij kinderen uit de basisschool[5,12]. Deze schatting ligt iets lager dan de prevalentieschattingen in de meeste Angelsaksische bronnen, al zijn er ook enkele uitzonderingen. Een Australisch grootschalig self-report-onderzoek bij ouders van kinderen tussen 6 en 17 jaar gaf aan dat 1,8% van de kinderen ADHD zou hebben[13]. Recent Brits onderzoek kwam uit op een ADHD-prevalentie van nog geen 1%[14]. De andere gevonden bronnen over ADHD-prevalentie bij kinderen en jongeren van over de oceaan spreken van een hogere prevalentie. Amerikaans onderzoek wees uit dat bij 3 à 7% van de schoolgaande kinderen en jeugd de diagnose ADHD gold[15]. Australisch onderzoek kwam uit op een prevalentie van 11,2% bij 6- tot 17-jarigen: 5,8% was van het inattentieve subtype, 2,0% van het hyperactieve subtype en 3,3% van het gecombineerde subtype[13].

Volwassenen

Er werd lang aangenomen dat ADHD enkel bij kinderen en jongeren en niet bij volwassenen voorkomt. Die redenering is ondertussen fout gebleken. Wat de prevalentie onder volwassenen betreft, zit er ook enig verschil tussen de enkele cijfers die we vonden. Zo staat

[b] Excessief drinken binnen een korte tijdsspanne.
[c] Beide diagnose-instrumenten worden in hoofdstuk 2.1.3. besproken.

in Canadees onderzoek vermeld dat naar schatting 2 tot 6% van de volwassen populatie ADHD heeft[16]. Een Nederlandse bron schat de ADHD-prevalentie bij volwassenen op 1%[5]. In een andere Nederlandse bron is er sprake van een ADHD-prevalentie van 1 à 3% bij volwassenen[2]. Dat dit percentage duidelijk lager ligt dan bij kinderen en jongeren, zou mede te maken hebben met de onaangepastheid van de diagnosecriteria voor volwassenen. Zo zijn de DSM-IV-criteria voor ADHD ontwikkeld voor de leeftijdsgroep van 4 tot 16 jaar[12]. Hierover in het volgende hoofdstuk meer.

Gender

In veel referenties wordt een ongelijke gender ratio bij jonge personen met ADHD aangehaald. ADHD zou meer voorkomen bij jongens dan bij meisjes:

- In de Verenigde Staten wijzen cijfergegevens uit klinische settings op een ratio tussen 6:1 en 9:1 [11].
- Epidemiologisch onderzoek geeft een minder extreem resultaat, met name een verhouding van 3:1 [11].
- Brits onderzoek kwam uit op een gender ratio van 12:1 [14].
- Een Nederlandse bron vermeldt een 5:1-verhouding in klinische settings en een verhouding van 3:1 tot 2:1 in bevolkingsonderzoek[5].
- Australisch onderzoek kwam uit op het voorkomen van hyperactiviteit bij 8,9% van de mannelijke en 3,3% van de vrouwelijke leerlingen tussen 4 en 16 jaar[13].

Recentere gegevens zwakken het geslachtsverschil in ADHD-prevalentie af. Vooral bij volwassenen met ADHD blijkt het genderverschil niet meer stand te houden[11,17]. Volgens 1 referent zou dit kunnen te maken hebben met het feit dat het inattentieve ADHD-subtype, dat vooral bij meisjes en vrouwen wordt vastgesteld, minder snel opvalt dan de subtypes met hyperactiviteit, die meer bij jongens voorkomen. Bij bijna de helft van de cliënten van het inattentieve subtype werden geen duidelijke symptomen aangetoond voor hun zevende levensjaar[17]. Ook Canadees onderzoek toonde aan dat, terwijl bij kinderen ADHD meer voorkomt bij jongens dan bij meisjes, het genderverschil niet meer bestaat bij volwassen personen met ADHD. De auteur wijt dit aan een 'referral bias'[d]: er wordt meer aandacht geschonken aan het wildere gedrag dat zich sterker bij jongens situeert dan aan het 'dromerige' gedrag dat zich sterker bij meisjes situeert [16].

De hoge gender ratio voor ADHD bij kinderen zou ook te maken hebben met de keuze van de onderzoekspopulatie: ADHD bij kinderen wordt vaak onderzocht in klinische populaties waar jongens met hyperactiviteit/impulsiviteit en oppositioneel gedrag oververtegenwoordigd zijn, wat een onderdiagnostiek van meisjes tot gevolg heeft[17]. Het lijkt erop dat bij meisjes het inattentieve ADHD-subtype vaker voorkomt. Dit subtype ontwikkelt zich pas later of wordt later manifest en valt minder op dan het hyperactiviteit-subtype. Het inattentieve subtype wordt daardoor vaak niet 'representatief' opgenomen in ADHD-onderzoek bij kinderen en jongeren.

Stijgende trend

In de Verenigde Staten heeft een aantal onderzoekers zich gebogen over de stijgende trend van ADHD-diagnoses. Zo kwam men tot de vaststelling dat de stijging van de ADHD-consultaties eerder toe te schrijven is aan de combinatie van verhoogde alertheid (scholen, ouders, begeleidingscentra) met de snellere beslissing om op consultatie te gaan dan aan de stijging van de prevalentie. Het stijgend aantal consultaties wordt ook aan de opkomst van Rilatine® gelinkt, een plotse hoop voor een vlugge en efficiënte oplossing voor een 'moeilijk kind'[18].

[d] Referral bias duidt op een beïnvloeding van de resultaten door de verwijzer (ouder, arts, andere professional…)

Ander Amerikaans onderzoek kwam tot de bevinding dat een recente stijging van het aantal ADHD-diagnoses te maken had met het feit dat meer volwassenen gediagnosticeerd werden voor wat vroeger werd aanzien als een typische kinderziekte[19].

2.1.3. ADHD-diagnose

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds aangegeven, is er enige discussie over de diagnosemethoden. Alvorens hier wat dieper op in te gaan, blijven we stilstaan bij de meest gangbare diagnosemethode, de DSM. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders en is een handleiding voor artsen en professionals uit de (geestelijke) gezondheidszorg om diagnoses voor psychologische en/of psychiatrische problemen te kunnen stellen.

Diagnose-instrumenten

ADHD is pas sinds 1987 opgenomen in DSM. In DSM-II, die uitkwam aan het eind van de jaren zestig, staat 'attention deficit disorder' voor het eerst vermeld. In DSM-III (1987) wordt hyperactiviteit eraan toegevoegd, wat resulteert in de eerste diagnosecriteria voor ADHD. Daarin staan 14 criteria, symptomen als het ware, die getoetst dienen te worden. Voorwaarde om te spreken van ADHD is dat minstens 8 symptomen reeds voor de leeftijd van 7 jaar optraden en dat kinderen niet scoren op de criteria voor pervasieve ontwikkelingsstoornissen. DSM-III spreekt van 3 vormen van ADHD: mild, matig en ernstig, zonder strikte grenswaarden te vermelden van wanneer welke mate optreedt.

In 1994 kwam DSM-IV uit, waarin de criteria voor aandachtstekort (9 in totaal) en die voor hyperactiviteit/impulsiviteit (samen 9 criteria) worden gescheiden. Indien minstens 6 van de 9 criteria gedurende minstens 6 maanden positief scoren, is er sprake van respectievelijk aandachtstekort en hyperactiviteit/ impulsiviteit. Zo krijgt men de 3 ADHD-types die reeds in hoofdstuk 2.1.1. beschreven staan: het overwegend onoplettende ADHD-type (ook wel ADD'er genoemd), het overwegend hyperactief-impulsieve ADHD-type en het gecombineerde ADHD-type. Belangrijk om weten: de DSM-IV-criteria voor ADHD zijn ontwikkeld voor 4-16-jarigen.

Net als bij DSM-III gelden de voorwaarden dat de symptomen reeds voor de leeftijd van 7 jaar optraden en dat kinderen niet scoren op de criteria voor pervasieve ontwikkelingsstoornissen en – dit is nieuw in DSM-IV – niet scoren op een aantal andere mentale stoornissen. Bijkomende voorwaarden worden gesteld: problemen die voortvloeien uit de symptomen moeten in minstens 2 settings (school, thuis, werk…) aanwezig zijn en er moet duidelijk aangetoond kunnen worden dat er problemen zijn in het sociale, academische of beroeps-matige handelen.

In 2000 vond er een tekstrevisie plaats van de DSM-IV. De nieuwe editie werd DSM-IV-TR gedoopt. Op de volgende pagina is een vertaling van de ADHD-criteria in DSM-IV-TR te vinden.

Naast DSM is er ook de ICD-10, wat staat voor de International statistical Classification of Diseases and related health problems (tiende revisie), die zeer sterk lijkt op de DSM-IV. In de criteria voor ADHD staan 9 symptomen voor aandachtstekort, 5 voor hyperactiviteit en 4 voor impulsiviteit opgesomd. Voorts zijn eveneens een aantal quasi-identieke voorwaarden inzake leeftijd, het voorkomen van problemen in diverse settings en de overlap met andere stoornissen opgenomen.

Betrouwbaarheid en validiteit van DSM-IV

Een aantal auteurs stelt zich ernstig vragen bij de betrouwbaarheid van de gehanteerde diagnosecriteria. In DSM-IV bijvoorbeeld zitten omschrijvingen die voor verschillende interpretaties en connotaties vatbaar zijn. Hoe dan ook blijft het onderscheid tussen wat pathologisch is en wat niet pathologisch is moeilijk vast te leggen, omdat er geen duidelijke grens is tussen een ADHD-subtype en normaal gedrag. Onder meer het feit dat, vanwege het gebrek aan sluitende medische en wetenschappelijke tests, ADD bij zowel kinderen als volwassenen nog steeds gediagnosticeerd wordt op basis van gedragscriteria die intensieve screening vereisen wordt aan de kaak gesteld[3]. Zo is het voor het bepalen van een adequate behandeling aangewezen om de school van het kind te bezoeken om er te praten met de leerkrachten en het kind te observeren in een gestructureerde omgeving[14].
Ander aspect: het feit dat DSM-IV belangrijke ontwikkelingsaspecten niet opneemt, kan leiden tot een verkeerde diagnose. Omgevingsfactoren zijn belangrijke determinanten in het ontwikkelen van een stoornis of tekort bij kinderen en aldus essentieel in het beperken van risico's in het academische en sociale functioneren van een kind. Ontwikkelingssymptomen, zoals hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort, zijn nodig maar op zich niet voldoende om kinderen te labelen als ADHD-kind. Het zorgvuldig nagaan van (de evolutie van) functionele gebreken in verschillende settings is eveneens noodzakelijk (familie, school, arbeidsplaats, gemeenschap…)[9].

DSM-IV-criteria voor ADHD zijn bovendien te restrictief voor adolescenten en volwassenen. Criteria waar 'overal in klimmen' vermeld staat, zijn niet toepasselijk voor volwassenen. Het ontbreken van leeftijdsspecifieke criteria leidt tot onderdiagnostiek van volwassenen. Het afkappen op 4 à 5 van de 9 criteria in plaats van 6 zou beter zijn[12]. Gevalideerde interviewmodules voor volwassenen zijn in ontwikkeling maar nog niet op grote schaal toegepast. De Attention Deficit Scales for Adults (ADSA) is één van de weinige bestaande screeningsinstrumenten om ADHD te meten bij volwassenen. Eerste onderzoeken wezen uit dat ADSA een waardevol screeningsinstrument kan zijn om ADHD bij volwassenen in de alcohol- en drughulpverlening te achterhalen.
Bovendien correleren de ADSA-resultaten goed met die van de DSM-IV-criteria voor ADHD[20]. In afwachting van de verdere uitwerking en testing van gevalideerde instrumenten is diagnose op basis van uitgebreide psychiatrische evaluatie, bij voorkeur met heteroanamnese[e] over de kindertijd, aangewezen[12].

[e] Heteroanamnese is wat derden uit de omgeving van de patiënt/cliënt met betrekking tot de voorgeschiedenis van de ziekte kunnen vertellen.

ADHD in DSM-IV-TR

A. Ofwel **(1)**, ofwel **(2)**

(1) Zes (of meer) van de volgende symptomen van **aandachtstekort** zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Aandachtstekort
(a) slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten
(b) heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden
(c) lijkt vaak niet te luisteren als hij/zij direct aangesproken wordt
(d) volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of verplichtingen op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen)
(e) heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten
(f) vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een aanhoudende aandacht (langdurige geestelijke inspanning) vereisen (zoals school- of huiswerk)
(g) raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap)
(h) wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels
(i) is vaak vergeetachtig in zijn doen en laten (bij dagelijkse bezigheden)

(2) Zes (of meer) van de volgende symptomen van **hyperactiviteit/impulsiviteit** zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit
(a) beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn/haar stoel
(b) staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten
(c) rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid)
(d) kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten
(e) is vaak "in de weer" of "draaft maar door"
(f) praat vaak aan een stuk door

Impulsiviteit
(g) gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn
(h) heeft vaak moeite op zijn/haar beurt te wachten
(i) verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes)

B. Enkele symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren voor het zevende jaar aanwezig.

C. Enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school [of werk] en thuis).

D. Er moeten duidelijke aanwijzingen van significante beperkingen zijn in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.

E. De symptomen komen niet uitsluitend voor in het beloop van een pervasieve ontwikkelingsstoornis, schizofrenie of een andere psychotische stoornis en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld stemmingsstoornis, angststoornis, dissociatieve stoornis of een persoonlijkheidsstoornis).

Codering op basis van type:

314.01 (F90.0) Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, gecombineerde type: indien gedurende de afgelopen zes maanden voldaan wordt aan zowel criterium A1 als A2.

314.00 (F98.8) Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit overwegend onoplettend type: indien gedurende afgelopen zes maanden aan criterium A1 voldaan wordt maar niet aan criterium A2.

314.01 (F90.0) Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, overwegend hyperactief-impulsief type: indien gedurende de afgelopen zes maanden voldaan wordt aan criterium A2 maar niet aan criterium A1.

Coderingsaanwijzing: Bij personen (in het bijzonder adolescenten en volwassenen) die momenteel symptomen hebben die niet meer voldoen aan alle criteria moet 'Gedeeltelijk in remissie' worden aangegeven.

Bron*: APA (2002). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger.*

Aandachtszwakte is bij volwassenen aspecifiek. Het is ook kenmerkend voor bijvoorbeeld depressie, psychosen en alcoholisme, wat een 'zuivere' diagnose bemoeilijkt[21]. Dit kan slechts ten dele worden opgevangen door de chronologie van de stoornissen retrospectief te achterhalen: in de regel treden antisociale gedragsstoornis (conduct disorder of CD) en ADHD het eerst op (reeds in de kindertijd), alcohol- en druggebruik duiken op in de adolescentiefase en stemmings- en angststoornissen in de late adolescentie en volwassenheid[22].

Voorts is er de vraag naar de betrouwbaarheid van de anamnese. Bij volwassenen krijgt men vaak te maken met het onderrapporteren van symptomen en stelt zich eveneens de vraag naar de objectiviteit van eigen herinneringen. Familieleden en ouders geven in de regel een meer accuraat beeld van het verleden. Uit Brits onderzoek naar de validiteit van ADHD-self-report bij adolescenten blijken adolescenten hun problemen van hyperactiviteit en aandachtstekort te onderschatten[23]. Onderzoek naar ADHD na de kindertijd is veelal gebaseerd op self report, maar goede gevalideerde self-report-instrumenten zijn nog niet beschikbaar. In dit onderzoek werd een op DSM-symptomologie gebaseerde interviewschaal nader bekeken. Alhoewel de schaal zo goed als niet onderhevig is aan rater bias[f] en een bruikbare indicator voor sociaal disfunctioneren is, bleek het geen accuraat meetinstrument voor hyperactiviteit te zijn. De auteurs stellen dat er naast de self report ook andere bronnen nodig zijn: partner, collega's, vrienden… Clinici zouden meer een beroep kunnen doen op observationele, cognitieve of neurofysiologische metingen, maar die zijn zo goed als niet beschikbaar. Andere bronnen zoals gezinsonderzoek en genetische stamboomstudies moeten met voorzichtigheid gebruikt worden, vanwege het risico op gebrekkige validiteit. Om het aantal verkeerd ADHD-gediagnosticeerden te doen dalen, is het criterium dat er een ADHD-geschiedenis tijdens de kinderjaren moet zijn een minimumvoorwaarde. Dit is evenwel niet altijd makkelijk te achterhalen en is inzake betrouwbaarheid een risicofactor. Ouderlijke herinneringen blijken een betere predictor voor de behandelingsrespons te zijn dan die van de patiënt zelf.
Ook in Nederland is hierover een methodologisch boekje geopend[7]. Immers, bij de diagnose bij kinderen speelt de rapportage van derden (ouders, leerkrachten) een belangrijke rol, maar hoe betrouwbaar en representatief zijn die? Ook wordt de bedenking geplaatst of het steeds mogelijk en nodig is om te bepalen of ADHD-symtomen al voor het zevende levensjaar aanwezig waren. Een aantal Amerikaanse ADHD-deskundigen pleit ervoor om van ADHD te spreken als er voor het dertiende levensjaar sprake is van symptomen in plaats van voor het zevende, omdat ADHD sterker tot uiting komt naarmate er meer eisen aan het kind worden gesteld.
In een poging om de betrouwbaarheid te verhogen, wordt het idee geopperd om gebruik te maken van documenten uit het verleden (bijvoorbeeld commentaren op schoolrapporten) en van een gestandaardiseerde vragenlijst voor de rapportage van de omgeving[7]. Bij volwassenen dient bovendien rekening gehouden te worden met een eventuele afname van de symptomen. Zij kunnen in de loop der jaren compensatiemechanismen ontwikkeld hebben die de symptomen minder zichtbaar maken.

Dat de diagnose en behandeling van ADHD controversieel blijven, heeft volgens een aantal auteurs niet zozeer te maken met empirische bevindingen dan wel met het hardnekkig blijven bestaan van dogmatische en traditionele opvattingen. Op basis van onderzoek is aangetoond dat ADHD in alle landen en bevolkingsgroepen voorkomt, maar dat er tevens onderling sterke verschillen zijn in het stellen van de diagnose en het instellen van een

---

[f] Rater bias wijst op een onbetrouwbaarheid in de meting die te wijten is aan de beoordeling van de persoon of personen die de meting doen. Dat kan zich uiten in het onder- of overschatten van een bepaalde variabele, in het hanteren van verschillende standaarden…

behandeling[24]. Dit hangt samen met de verschillen in de ontwikkeling van de medisch-psychiatrische zorg.

Comorbiditeit als gegeven in de diagnose

Het stellen van de ADHD-diagnose is geen eenvoudige zaak en hoort bij voorkeur het werk te zijn van een multidisciplinair team van professionele hulpverleners. Heel wat ADHD-kenmerken kunnen immers ook voorkomen in het normale gedrag van kinderen en volwassenen. Anderzijds kunnen een aantal psychosociale problematieken en sommige psychiatrische of neurologische stoornissen een gelijkaardig beeld vertonen[1]. Comorbiditeit komt vaak voor bij personen met ADHD. Welke vormen van comorbiditeit met ADHD voorkomen, wordt in het volgende hoofdstuk beschreven. Hier staan we stil bij enkele aandachtspunten in de diagnostiek.

Een zuivere diagnose is moeilijk omdat de kenmerken van sommige comorbide stoornissen sterk op die van ADHD lijken. Het belangrijkste verschil is dat ADHD zich op veel jongere leeftijd voordoet. Vandaar dat retrospectief werken aangewezen is[12]. Comorbiditeit is een moeilijkheid in de ADHD-diagnose: niet alleen komt een groot aantal symptomen bij verschillende stoornissen voor (vlug afgeleid zijn, sterke motorische activiteit, impulsiviteit, vlug geïrriteerd zijn, aandachtsfluctuaties…), er is tevens een overlap in de diagnosecriteria voor de verwante stoornissen[25]. Dit stelt zich onder meer bij de comorbiditeit manie-ADHD. Het is moeilijk om manie te achterhalen als er een geschiedenis van ADHD is. Het weglaten of proportioneel afstemmen van 3 gezamenlijke DSM-criteria voor ADHD (psychomotorische agitatie, veel praten en vlug afgeleid zijn) zou een zuiverder diagnosebeeld geven bij comorbiditeit. Maar het sluit ook niet elke overlap uit: zelfs bij toepassing van deze techniek is er sprake van comorbiditeit van bipolaire stoornis en ADHD. De auteurs stellen dat men voorafgaand aan het voorschrijven van psychostimulantia bij ADHD en comorbide affectieve instabiliteit duidelijk moet kunnen aantonen dat er geen sprake is van een bipolaire stoornis, wegens het gevaar voor manische decompensatie bij behandeling met psychostimulantia.

2.1.4. Comorbiditeit en andere bijkomende problemen

Zoals reeds gesteld, wordt ADHD niet enkel gekenmerkt door aandachtsstoornissen, hyperactiviteit en impulsiviteit. Naast deze typische kenmerken wordt ADHD ook gekenmerkt door stemmingswisselingen en soms gevoelens van agressie en angst. Personen met ADHD blijken vaker schoolverzuim, schoolverlaten, slechtere werkprestaties, antisociale activiteiten, auto-ongelukken, depressiviteit en andere stoornissen te vertonen[2]. Zo toonde onderzoek een grote overlap aan in de diagnoses gedragsstoornissen en ADHD bij 6-12-jarigen, ander onderzoek kwam uit op een hoge comorbiditeitsgraad van adolescenten met bipolaire stoornis en ADHD[25]. Stoornissen die vaker met ADHD gepaard gaan, zijn oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD[g]), antisociale gedragsstoornis (CD), specifieke leerstoornissen als dyslexie en dyscalculie, angst- en stemmingsstoornissen, Gilles de la Tourette en atypische varianten van de autisme-spectrumstoornis[1]. Eén bron geeft aan dat de meeste adolescenten met ADHD-diagnose een comorbiditeit met CD vertoont[26].

Eén andere bron geeft een indicatie van de mate waarin de meest voorkomende ADHD-comorbiditeitsvormen zich voordoen[5]. De meest voorkomende vormen van comorbiditeit met ADHD zijn oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen (50%) en leerstoornissen (30 à 40%). In 25 tot 30% van de gevallen valt ADHD samen met respectievelijk angst- en stemmingsstoornissen (onder andere bipolaire stoornissen),

[g] ODD is de afkorting van de Engelstalige term oppositional defiant disorder en is een gedragsstoornis die zich uit door ongehoorzaamheid en rebellie tegenover autoriteit.

motorische onhandigheid, taal- of spraakstoornissen op jonge leeftijd en persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen (borderline, antisociaal). Andere verschijnselen die in meer dan 10% van de ADHD-gevallen aan te wijzen zijn, zijn tics, autisme en verwante stoornissen en middelenmisbruik bij adolescenten en volwassenen. Dit laatste wordt uitvoeriger beschreven in hoofdstuk 3.
Andere problemen die vaker samen met ADHD voorkomen, zijn motorische problemen (onhandig, struikelen, hoekig schrijven…), relationele problemen (tactloos en onaangepast in de sociale omgang) en emotionele problemen (verhoogd risico op faalangst door opgelopen negatieve ervaringen en regelmatig 'falen')[1].
Uit Australische longitudinale onderzoeken bij leerkrachten die persistente hyperactiviteit en leesvaardigheden bij kinderen aangeven, bleek er een duidelijk verband te zijn tussen hyperactiviteit op jonge leeftijd (5-8 jaar) en aanhoudende moeilijkheden op school, aandachtsproblemen in de klas en beperkte leesvaardigheden in de adolescentie[27].

Synthese hoofdstuk 2.1.

ADHD is de term waarmee aandachtsstoornis met hyperactiviteit wordt aangegeven. Er zijn 3 subtypes: het overwegend inattentieve type, het overwegend hyperactief-impulsieve type en het gecombineerde type.
Over de oorzaken van ADHD kan nog geen definitief uitsluitsel worden gegeven. Onderzoek wijst op een functiestoornis in de hersenen, maar er kan nog niet eenduidig gesteld worden waar de stoornis zich situeert. Daarnaast zijn er tal van niet-neurologische factoren, vooral in de gezinscontext van het opgroeiende kind, die de uiting van ADHD-symptomen bevorderen.
Bij kinderen en jongeren wordt ervan uitgegaan dat het bij 3 à 5% van de bevolking voorkomt, bij volwassenen is dat 1 à 3%. ADHD is nochtans een stoornis die het hele leven aanwezig blijft. Dat de prevalentie bij volwassenen lager ligt, heeft onder andere te maken met onaangepaste diagnosecriteria voor volwassenen.
Op jonge leeftijd wordt ADHD vaker vastgesteld bij jongens dan bij meisjes. Bij volwassenen is er geen sprake van een ongelijke gender ratio. Dat is te verklaren door het vaker voorkomen van het hyperactieve type bij jongens. Dit type valt veel sterker én vroeger op dan het inattentieve type, dat vaker bij meisjes voorkomt.
Diagnose van ADHD gebeurt in de regel op basis van de DSM-IV-criteria. Dit instrument is ontwikkeld voor kinderen en jongeren tussen 4 en 16 jaar. De bruikbaarheid bij volwassenen is onderwerp van discussie.
ADHD wordt vaak gekenmerkt door comorbiditeit met andere stoornissen, in de eerste plaats gedragsstoornissen maar ook tal van andere mogelijke stoornissen en problemen. Deze comorbiditeit bemoeilijkt de diagnose.

2.2. Behandeling van ADHD

ADHD wordt meestal medicinaal behandeld. Rilatine®, in de meeste andere landen als Ritalin® op de markt, is veruit de meest gebruikte ADHD-medicatie. De spectaculaire stijging van de Rilatine®-verkoop en de mogelijke neveneffecten hebben internationaal al heel wat discussiestof doen opwaaien.

2.2.1. *De medicinale behandelingspiste*

Methylfenidaat

Voor de medicinale behandeling van ADHD is er een beperkt aanbod aan middelen beschikbaar. Rilatine®, met als generische naam methylfenidaat, is op dit ogenblik veruit het meest gebruikte geneesmiddel ter bestrijding van ADHD-symptomen. Methylfenidaat is chemisch verwant met amfetamines, maar met een minder sterk stimulerende werking op het centraal zenuwstelsel[28]. Net als in de meeste landen is Rilatine® onderworpen aan een wetgeving inzake verdovende middelen en wordt het enkel na voorlegging van een geneeskundig voorschrift afgeleverd. In België is de zogenaamde 'wet op de verdovende middelen' van toepassing. Deze wet werd in 1921 uitgevaardigd en in 2003 aangepast, zij het zonder consequenties voor de verstrekking van Rilatine®. In Nederland valt het verstrekken van Rilatine® onder de opiumwet.

In België wordt Rilatine® verdeeld door Novartis Pharma. Een doosje Rilatine® bevat 20 tabletten van elk 10 mg methylfenidaat. Een doosje kost anno 2004 iets meer dan 6 euro. In juli 2004 kwam de federale minister voor Volksgezondheid met het voorstel om Rilatine® voor driekwart terug te betalen, zij het onder strikte voorwaarden: bij kinderen tussen 6 en 17 jaar, als de ADHD-diagnose wordt gesteld door een (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater, als de medicinale behandeling kadert in een ruimer behandelingsplan en als andere psychologische, sociale en educatieve maatregelen niet voldoende helpen om de symptomen onder controle te krijgen. De minister legde het voorstel ter advies voor aan de Raad van State.

In het Compendium 2000 van de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie wordt Rilatine® omschreven als "*een lichte stimulans van het centraal zenuwstelsel met een groter effect op de mentale dan op de motorische activiteiten*". Volgens de bijsluiter dient de dosis te worden bepaald volgens de behoeften en de klinische respons van de patiënt, maar mag de dagelijkse dosis 60 mg niet overschrijden. De behandeling start met lage doses, die geleidelijk aan worden verhoogd[28].

Bij de start wordt Rilatine® bij volwassenen in 4 keer ingenomen, met een interval van 4 uur. Na 2 weken zijn de beste dosis en toedieningstijden al duidelijk. In Nederland en Duitsland geldt een dagelijkse maximumdosis van 1 mg per kg lichaamsgewicht, in de Verenigde Staten is dat hoger[7,29].

Het effect van Rilatine® treedt een halfuur na inname op, bereikt na 1 à 2 uur een maximaal niveau en is na 2 à 4 uur uitgewerkt, wat een nadeel inhoudt: indien men een inname vergeet, kunnen reboundverschijnselen als onrust, vergeetachtigheid en impulsiviteit optreden[7]. ADHD-medicatie met een langere werking, zoals Concerta® en Adderall®, kunnen dat probleem verhelpen, maar zijn vooralsnog zeer duur. Adderall® is op dit ogenblik in België niet verkrijgbaar, Concerta® wel. Concerta® wordt midden 2004 nog niet terugbetaald door het ziekenfonds, wat de verspreiding zal vertragen. Een doosje met 30 tabletten kost, al naargelang de dosis per tablet (18 mg of 36 mg), tussen 55 en 70 euro.

Over het algemeen toont onderzoek aan dat het gebruik van methylfenidaat efficiënt en relatief veilig is in de behandeling van ADHD bij kinderen[42]. Deze stimulerende medicatie heeft in 70 à 80% van de gevallen een positief effect op de kernsymptomen[1]. In een Engels onderzoek over de behandeling van kinderen met ADHD-diagnose was de methylfenidaat-behandeling volgens de ouders succesvol, maar de onderzoekers stellen dat zulke ouderlijke self report altijd een te positief resultaat oplevert[14].

Bij medicinale behandeling is ook bij volwassenen Rilatine® de eerste keuze, vanwege de positieve ervaringen en resultaten. Tricyclische antidepressiva zijn de tweede keuze.

Desipramine blijkt effectief voor hyperactiviteit en impulsiviteit maar minder tot niet voor aandachtsstoornis. Clonidine blijkt geen goede optie te zijn, vanwege het beperkte effect en de hinderlijke sedatie en lage bloeddruk[12].

Werking van Rilatine®

Waarom werken Rilatine® en andere psychostimulantia? Het reticulair activeersysteem en daaraan verbonden zones in het brein van een hyperactief kind zouden een verminderde activiteit vertonen. Stimulantia spelen daarop in door het niveau van neurale activiteit ('arousal') te verhogen, waardoor de nood aan excessief gedrag vermindert. De persoon wordt kalmer en staat meer open voor leerervaringen. De aandacht verhoogt. De leerprestaties verbeteren hierdoor, wat tot minder frustratie leidt. Dit geldt bij volwassenen ook voor hun werk[6].

Rilatine® werkt in op de neurotransmitter dopamine waardoor het qua farmacologisch en gedragseffect overeenkomt met dat van cocaïne, amfetamine en metamfetamine[3,19,28,31]. Bij normaal gebruik in een medische context geeft het hooguit een zacht stimulerend effect, maar bij snuiven of spuiten wordt dat effect versterkt[19]. In medicinale doses treedt er geen tolerantie op[28]. Bij hogere doses heeft methylfenidaat een met amfetamines vergelijkbaar effect. Methylfenidaat herbergt zodoende eenzelfde misbruikpotentieel en zowel tolerantie als afhankelijkheid werden reeds vastgesteld.

Mogelijke nevenwerkingen van Rilatine®

Over de ernst van de nevenwerkingen van Rilatine® is men het niet helemaal eens. Volgens de ene zijn deze meestal mild[7]. Volgens de andere – onder andere de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie – is er veel te weinig oog voor de gevaren van Rilatine®[32]. Er worden zelfs parallellen getrokken tussen de ongewenste effecten bij Rilatine®-gebruik en deze die worden vastgesteld bij zwaar druggebruik[3]. Een onderzoeker die zeer kritisch staat tegenover de argumentatie van het anti-Rilatine®-kamp vindt de mogelijke nevenwerkingen de enige legitieme argumentatie[33].

We houden het hier op een omschrijving van de vastgestelde nevenwerkingen. Bij 20 à 30% van de kinderen die methylfenidaat gebruiken ter behandeling van ADHD-symptomen worden nevenwerkingen vastgesteld, vooral in het begin van de behandeling[21]. Neveneffecten op korte termijn bij medicinale doses kunnen van verschillende aard zijn. Hieronder staan de vaakst voorkomende vermeld[3,7,19,28]. Als criterium geldt de omschrijving 'frequent' in het AVGI-Compendium en de bijsluiter. Dat wil zeggen dat de nevenwerking optreedt in 1 tot 10% van de gevallen:

- Inspelend op het centraal en perifeer zenuwstelsel: hoofdpijn, slapeloosheid, afname eetlust, duizeligheid, nerveusheid, verhoogde alertheid, slaperigheid, euforie.
- Cardiovasculair: hartritmestoringen (versnelde en/of onregelmatige hartslag), bloeddrukfluctuaties.
- Gastro-intestinaal: buikpijn, misselijkheid, braken.
- Overgevoeligheidsreacties: huiduitslag, koorts, gewrichtspijn, haaruitval.

Als neveneffect op lange termijn worden tijdelijke groeistoornissen aangehaald, al is daar de nodige controverse rond[28]. Al enige tijd is er discussie over het verband tussen het gebruik van methylfenidaat bij ADHD-kinderen en een (tijdelijke) groeistop. Recente onderzoeken wijzen uit dat het effect op de uiteindelijke lengte van een ADHD-kind eerder beperkt is. Uit een case study blijkt dat methylfenidaatgebruik wel een beperkt remmende invloed kan hebben op het vrijkomen van het groeihormoon, zelfs indien er geen gastro-intestinale nevenwerkingen optreden. De auteurs concluderen daaruit dat sommige kinderen het risico op groeiafname kunnen lopen bij het gebruik van methylfenidaat. De auteurs raden aan om de groei van de kinderen van nabij te volgen, zeker als er sprake is van andere groeiremmende invloeden (astma, corticosteroïde behandeling)[34].

Tot slot van dit hoofdstuk nog dit: op de bijsluiter van Rilatine® staat vermeld dat het middel niet mag worden toegediend aan kinderen jonger dan 6 jaar, omdat er voor deze leeftijdsgroep onvoldoende is geweten over de veiligheid en werkzaamheid van Rilatine® [35].

Andere producten

Naast methylfenidaat (voornamelijk Rilatine®) wordt in bepaalde bronnen ook andere medicatie naar voor geschoven als geschikt voor de behandeling van ADHD. Zo wordt pemoline (Cylert®) aangegeven als stimulerend medicijn voor de behandeling van hyperkinetische kinderen. Voor zowel methylfenidaat als pemoline, beide amfetamine-derivaten, geldt dat meer dan de helft van de kinderen met de DSM-III-R-diagnose hyperactiviteit bij medicinale behandeling gedrags- en leerverbeteringen vertoonde[6].
Als ADHD gepaard gaat met zware agressie, wordt Tegretol® geadviseerd. Bij mislukking wordt Clonidine (Catapressan®) voorgeschreven, soms ook een combinatie van deze middelen[18].
In een dubbel-blind-onderzoek[h] bij gezonde vrijwilligers met een niet-problematisch drugverleden kregen de subpopulaties zowel atomoxetine (Strattera®), methylfenidaat als een placebo toegediend. De effecten op korte termijn werden onderzocht. Daaruit bleek dat atomoxetine geen subjectieve effecten zoals methylfenidaat geeft. Omdat atomoxetine geen misbruikmogelijkheden zoals methylfenidaat herbergt, is het een veelbelovende kandidaat voor de verdere ontwikkeling als middel ter behandeling van ADHD[15]. Atomoxetine zit in België in de try-outfase en is daarom nog niet verkrijgbaar.
Het Amerikaanse Center's Clearinghouse, een soort transatlantisch CLB, geeft een overzicht van de meest voorkomende ADHD-medicatie bij leerlingen[36]. Naast methylfenidaat gaat het om dextroamfetaminesulfaat (onder andere Adderall®, Dexedrine®, Femdex®, Dexampex®), magnesiumpemoline (Cylert®), het antidepressivum imipraminehydrochloride (Tofranil®) en adenergische antagonisten als clonidinehyperchloride (Catpres®) en Guanfacine (Tenex®). Voor elk van deze middelen wordt een waslijst aan mogelijke nevenwerkingen opgesomd.
Andere in de literatuur gevonden geneesmiddelen die aan kinderen met ADHD-symptomen worden verstrekt, zijn thioridazine, risperidone (Risperdal®), sodium valporate en stemmingsstabilisators[13]. De werkzaamheid van deze middelen is evenwel niet aangetoond aan de hand van gecontroleerd onderzoek.

2.2.2. Medicinale behandeling van ADHD: stof tot discussie

Op het mechanisme van de werking van geneesmiddelen, in de eerste plaats Rilatine®, bij ADHD-behandeling werd in het vorige hoofdstuk reeds ingegaan. In dit hoofdstuk gaan we in op de discussie tussen voor- en tegenstanders van Rilatine®-gebruik. Het voorschrijven en gebruiken van Rilatine® is namelijk niet onbesproken. We bespreken ook de meer neutrale houding die sommigen aannemen.

Voorstanders van Rilatine®

Voorstanders wijzen op de positieve eigenschappen van een behandeling met Rilatine®. Over het algemeen toont onderzoek aan dat het gebruik van stimulerende medicatie, zoals methylfenidaat, efficiënt en relatief veilig is in de behandeling van ADHD bij kinderen[30]. Zo

[h] Experimentele onderzoeksprocedure waarin noch de praktische uitvoerder van het onderzoek (bijvoorbeeld behandelende arts), noch het onderzoekssubject (bijvoorbeeld patiënt) op de hoogte is van de specificiteit van het onderzoek tot het is afgerond. Met deze methode kunnen ongewenste onderzoeksafwijkingen tot een minimum gereduceerd worden.

zou het gebruik van Rilatine® bij kinderen met ADHD in 70% van de gevallen positief inwerken op de ADHD-kernsymptomen (onrust, impulsiviteit, aandachtsproblemen)[7]. De symptoombehandeling door Rilatine® brengt ook rust voor zowel ouders als kinderen, zodat een positievere context wordt geschapen om sociaal en schools beter te functioneren[18]. Er werd aangetoond dat methylfenidaat in de behandeling van antisociale gedragsstoornis (CD) tot een beduidende afname van antisociaal gedrag (obscene taal, agressie, vernielzucht…) leidde. Dit resultaat bleef intact na controle voor ADHD-symptomologie, wat erop wijst dat de geringere CD niet te wijten is aan de effecten van methylfenidaat op ADHD-symptomen[42].
Sommigen gaan nog een stap verder door te stellen dat het gebruiken van psychostimulantia op dit ogenblik de meest effectieve behandeling van ADHD is en dat alternatieve behandelingen minder effectief zijn, onvoldoende inwerken op concentratieproblemen en meer bijwerkingen hebben[37]. Andere voorstanders van Rilatine®-gebruik staan positiever tegenover andere behandelingswijzen. Ze zien deze als complementaire elementen in een succesvolle behandeling. Zo is medicatie alleen niet voldoende, het aanbrengen van de nodige structuur en het scheppen van een rustige leefomgeving zijn eveneens noodzakelijk[2].

Tegenstanders van Rilatine®

Een aantal Amerikaanse bestsellers bracht ADHD in de publieke aandacht, maar de groeiende 'pathologisering van kinderen' en het stijgende gebruik van Rilatine® leidden ertoe dat andere auteurs, onder andere Thomas Armstrong en Lawrence H. Diller, meer kritische boeken schreven[3]. Tegenstanders van Rilatine®-gebruik staan qua wetenschappelijke onderbouw van hun argumenten meestal iets minder sterk en richten zich in hun argumentatie daarom op andere opportuniteiten. Zo werd het onderzoek van CHADD[i], een Amerikaans centrum dat zeer positief stond tegenover Rilatine®-gebruik, in diskrediet gebracht toen bleek dat zij gefinancierd werden door Ciba-Geigy, de producent van het geneesmiddel[3].
Er zijn voldoende objectieve argumenten om kritische kanttekeningen bij het (toenemende) Rilatine®-gebruik te plaatsen. Uit Australisch onderzoek bleek dat 22,9% van de kinderen die stimulerende medicatie nam, geen ADHD had[13]. Dit wijst andermaal op de nood aan een goede diagnostiek. De mogelijkheid dat psychostimulantia een persistent en onomkeerbaar effect hebben op het brein deed twijfels rijzen over het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van ADHD bij kinderen[38]. Alhoewel in de regel eerder mild, zijn er ook tal van mogelijke bijwerkingen: afname eetlust, versneld hartritme, inslaapmoeilijkheden, bloeddrukfluctuaties... Voorts wordt vaker gerefereerd naar minder gunstige effecten en eigenschappen van de medicatie. Het feit dat het effect van Rilatine® na 2 à 4 uur is uitgewerkt wordt als zwak punt aanzien. Als men het vergeet in te nemen, kunnen er reboundverschijnselen optreden (onrust, vergeetachtigheid, impulsiviteit)[7]. Langer werkende preparaten, zoals het recenter op de Belgische markt verschenen Concerta®, hebben dat nadeel niet meer.
Een aantal auteurs/onderzoekers houdt de kerk in het midden en pleit voor een weloverwogen en evenwichtige keuze in de beschikbare behandelingsmethoden. Om structureel aan ADHD te werken, zijn aanvullende behandelingen nodig, zoals gedragssturende therapieën en opvoedingsondersteuning. Alleen is het aanbod om ADHD-kinderen gedragstherapeutisch te begeleiden beperkt[18].

[i] CHADD, wat staat voor 'Children and adults with attention deficit/hyperactive disorder', is een Amerikaanse non-profitorganisatie die de belangen van personen met ADHD en hun omgeving behartigt en informatie en advies verstrekt over ADHD.

Van polemiek tot synthese

Zoals hier blijkt, staan voor- en tegenstanders van Rilatine® vaak loodrecht tegenover elkaar. Zo komt men vlug terecht in een starre welles-nietes-discussie, waar de vragende partij voor een ADHD-aanpak niet mee gebaat is. Het is beter om in de discussie en in de keuze van de geschikte behandeling de sterke en zwakke punten van ADHD-medicatie objectief te beschouwen. Rilatine® werkt in vele gevallen positief bij ADHD-kinderen maar het is geen supermiddel dat oplossingen biedt voor alle structurele problemen. In die zin is het beter om objectief-kritisch te staan tegenover het gebruik door de voordelen en nadelen in kaart te brengen. Daarnaast moeten de positieve aspecten van alternatieve behandelingen mee in de balans gelegd worden. In die zin is het goed te weten dat lang niet iedereen die rond het ADHD-thema werkt zich in een pro-contra-discussie laat meeslepen. Zo stellen 2 Amerikaanse onderzoekers die de positieve werking van Rilatine® bij ADHD erkennen, dat het belangrijk is dat de stimulerende ADHD-medicijnen niet worden overgeconsumeerd om moeilijkere kinderen beter onder controle te houden. Er kunnen namelijk andere oorzaken aan ten grondslag liggen, waaraan moet gewerkt worden (onder meer problematische opvoedingssituatie). Een ADHD-behandeling moet bovendien steeds oog hebben voor een behandeling waarin remediërende opvoedingsondersteuning, familiale begeleiding en gedragsmodificatietechnieken aan bod kunnen komen[6].

2.2.3. Verkoop van Rilatine® en andere ADHD-medicatie

Wat de verkoop van Rilatine® en andere ADHD-medicatie betreft, zijn er vooral data uit niet-Europese Angelsaksische landen beschikbaar. Maar ook van Europa en zelfs België hebben we betrouwbare gegevens kunnen opsporen. We beginnen eerst met de verre Angelsaksische landen om dan steeds dichter bij huis te komen.

Overzeese cijfers

Australië kende in de jaren negentig een sterke groei van het aantal voorschriften voor de ADHD-middelen methylfenidaat en dexamfetamine[31]. In 1994 was Australië de vijfde hoogste gebruiker van methylfenidaat in de wereld. In de staat Queensland kende het gebruik van methylfenidaat en dexamfetamine zowat een vervijfvoudiging tussen 1991 en 1996. In de Canadese provincie Ontario steeg het aandeel kinderen tussen de zevende en de dertiende graad dat methylfenidaat medicinaal gebruikt van 2,6% (1991) naar 4,0% (1993) om nadien stabiel te blijven (4,1% in 1995)[28].

In de Verenigde Staten steeg het methylfenidaatgebruik gestaag tussen 1971 en 1987 [39]. Na een opeenvolging van rechtszaken en negatieve publiciteit daalde het gebruik weer, maar latere cijfers tonen aan dat methylfenidaatgebruik weer stijgende is in de jaren negentig.

Een andere Amerikaanse bron stelt dat in de Verenigde Staten naar schatting 2,6 miljoen mensen Rilatine® voorgeschreven krijgen voor de ADHD-behandeling, waarvan de meesten tussen 5 en 12 jaar oud zijn[40]. De ADHD-ratio is regionaal zeer variabel. Sommige schooldistricten hebben omzeggens geen leerlingen met ADHD-diagnose, bij andere heeft tot 20% van de leerlingen deze diagnose, wat bij de auteur twijfels doet rijzen over de betrouwbaarheid van de diagnoses.

De stijging van de Rilatine®-verkoop in de Verenigde Staten gaat gepaard met een stijgend misbruik van het middel. In de Verenigde Staten steeg het misbruik van voorgeschreven ADHD-middelen onder adolescenten van 1% in 1995 naar 3% in 1999 [31].

Europese cijfers

In Europa hebben we buitenlandse referenties uit 2 landen. In Denemarken stegen zowel de omzet (+17,9%) als de consumptie (+16,8%) van Rilatine® op jaarbasis vrij sterk tussen 1997 en 1998 [41]. Onder de kinderen ligt die stijging met 39,4% zelfs nog hoger. De algemene stijging is dus volledig te wijten aan die van de kinderen. De prevalentie van Rilatine®-gebruik is het hoogste bij jongens in de leeftijdsgroepen 7-9 jaar en 10-12 jaar. De leeftijdsgroep 19-24 jaar vertoonde de hoogste gemiddelde consumptie: ongeveer 20% van de gebruikers staat in voor ongeveer 50% van de consumptie.

In Nederland vertoont de verkoop van Rilatine® tussen 1997 en 1998 een explosieve groei van 60% [32]. In 1999 zet die groei zich iets minder door en in 2000 is de stijging veel geringer dan de voorgaande jaren[42]. Telkens bleek dat in bijna de helft van de gevallen Rilatine® werd voorgeschreven door respectievelijk geneesheer-specialist en huisarts. Vooral huisartsen staan in voor de aanhoudende groei. Bij de huisartsen doet zich de sterkste stijging in het verstrekken van voorschriften voor, al is niet uit te maken in welke mate dit bepaald wordt door de voortzetting van de specialistenreceptuur.

Hierbij valt een bedenking te plaatsen: de Nederlandse Gezondheidsraad stelt dat huisartsen minder comorbiditeit herkennen en vaker medicatie voorschrijven dan psychiaters en kinderartsen[21]. Globaal bekeken is de diagnostiek van huisartsen vaak inconsistent, met zowel onder- als overdiagnostiek. Veel artsen maken onvoldoende gebruik van gestandaardiseerde diagnose-instrumenten. Dit terwijl huisartsen instaan voor ongeveer de helft van de ADHD-medicatie en van 6 tot 20% van de initiële recepten. De Gezondheidsraad heeft de indruk dat in Nederland een deel van de kinderen met ADHD ten onrechte geen medicatie krijgt aangeboden, terwijl anderzijds een niet onaanzienlijke groep kinderen methylfenidaat krijgt voorgeschreven zonder dat voorafgaand een goede diagnose werd gesteld.

Ook in Duitsland worden bedenkingen geplaatst bij de rol van huisartsen. De meeste ADHD-geneesmiddelen worden in dat land door huisartsen voorgeschreven en niet door de gespecialiseerde artsen[29]. Om niet in paniek of stemmingsmakerij te verzanden, is volgens de auteur gefundeerd onderzoek nodig om na te gaan of in de verschillende leeftijdsgroepen adequaat wordt voorgeschreven. Aangezien in Duitsland de voorschriften in een centraal orgaan worden verzameld, behoort dit tot de mogelijkheden.

Andere bronnen plaatsen bedenkingen bij de deskundigheid terzake van kinderartsen. Britse onderzoekers stelden vast dat in behandelingen van ADHD bij kinderen bij pediaters 50% van de ouders onderbouwd advies kreeg, in de behandeling bij kinderpsychiaters kreeg elke ouder dit advies[14]. De auteurs stellen dat pediaters niet opgeleid zijn inzake psychologie of psychotherapie en dus minder gekwalificeerd zijn om ouders te adviseren over gedragsmanagement dan kinderpsychiaters. Ook in een Australische referentie wordt gewag gemaakt van de rol van pediaters[13]. Uitgebreide analyse toont aan dat het geslacht, met name jongen zijn, en op consultatie gaan bij een pediater verklarende factoren zijn voor het gebruik van stimulerende medicatie.

Los van de kwalificatie van de behandelende arts, situeert er zich mogelijk een probleem in de diagnose-ernst. Blijkbaar worden veel kinderen reeds voor ADHD gediagnosticeerd na de eerste consultatie[9]. De auteurs die deze stelling poneren, wijzen erop dat het opsporen van ADHD niet kan gebeuren aan de hand van 1 kortdurende diagnose op basis van DSM of andere statistische handleiding.

Ruim 80% van de Nederlandse Rilatine®-gebruikers is jonger dan 20 jaar. Daar waar voorheen het gebruik bij kinderen veel hoger lag dan bij tieners, is dat geleidelijk aan veranderd. Door de stijging van het gebruik bij de 10-19-jarigen is er sprake van een gelijke verhouding tussen kinderen onder 10 jaar en jongeren vanaf 10 jaar [32,42]. Recentere cijfers tonen aan dat methylfenidaat- en Rilatine®-gebruik verder daalt bij 0-10-jarigen, terwijl in de leeftijdscategorie 11-20 jaar het gebruik nog licht toeneemt[43].

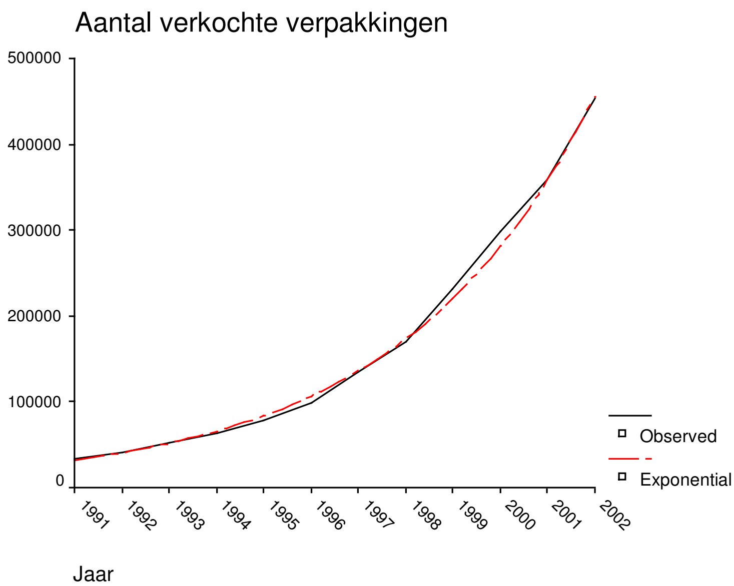
Belgische cijfers

Voor België beschikken we over verkoopscijfers van Rilatine® van 1991 tot en met 2002. Gegevens van IMS Health over de verkoop van Rilatine® in België tonen aan dat er een zeer sterke stijging is over deze periode (tabel 1). In 2002 werden meer dan 10 keer meer verpakkingen verkocht dan in 1991.

Jaar	Verkochte verpakkingen	Jaar	Verkochte verpakkingen
1991	33.957	1997	134.891
1992	41.734	1998	169.990
1993	52.151	1999	232.178
1994	64.034	2000	297.956
1995	77.977	2001	358.205
1996	98.352	2002	453.240

Tabel 1: Evolutie Rilatine®-verkoop in België (1991-2002)

Bovendien is de stijging van de verkoop in België exponentieel van aard. Zetten we de beschikbare data voor de periode 1991-2002 in een grafiek, krijgen we volgend beeld.



De vaste lijn geeft de reële verkoop aan, de stippellijn de curve van een perfecte exponentiële groei. Tussen beide is er amper verschil. De resultaten van regressieanalyse op basis van de curvevorm bevestigt dan ook dat de grafiek een quasi perfecte exponentiële vorm aanneemt[j]. Dat betekent dat de stijging niet enkel aanhoudt maar ook nog in grootte toeneemt. De stijging van het aantal verkochte verpakkingen wordt met andere woorden alsmaar groter. Vraag is of deze exponentiële stijging in de toekomst aanhoudt.

Prestatiedrang als één van de motoren achter de stijging?

Het blijkt dat vooral kinderen uit de (hogere) middenklasse Rilatine® krijgen voorgeschreven ter behandeling van ADHD[3,31]. Veel ouders uit de (hogere) middenklas zien Rilatine® als een soort cognitieve steroïde die hun kinderen in staat stelt om het schoolwerk beter te

[j] $R^2 = 0{,}997$ ($p<0{,}001$)

volbrengen dan de andere kinderen[3]. Nochtans toont ander onderzoek aan dat hyperactiviteit op jonge leeftijd sterk gelieerd is aan families in een socio-economische achterstellingsituatie, gekenmerkt door conflicten, scheidingen, zwakke geestelijke gezondheidszorg bij de moeder, zwakkere coping[27]. Zelfs het verband tussen hyperactiviteit op jonge leeftijd (5-8 jaar) en middelengebruik en -afhankelijkheid tijdens de adolescentie bleek na controle volledig te wijten aan sociale achterstelling. Een verklaring voor de discrepantie tussen de klassegebonden ADHD-prevalentie en graad van medicinale behandeling zou kunnen liggen in het feit dat kinderen uit families met een lagere socio-economische status minder vaak in de behandeling of hulpverlening terechtkomen[11].

2.2.4. *De niet-medicinale behandelingsweg*

Dé absoluut genezende behandeling voor ADHD is er (nog?) niet. Een eenzijdige medicinale behandeling kan bij ADHD-gevallen zeker helpen, maar beperkt zich tot symptoom-bestrijding. Medicatie kan de symptomen dempen, maar niet de ontwikkelingsachterstand of de gemiste leerkansen goedmaken. Medicatie maakt het wel mogelijk dat niet-medicamenteuze behandelingen aanslaan. Naast de medicinale behandelingsweg zijn er nog andere, veelal gedragstherapeutische, behandelingstechnieken beschikbaar die hun nut hebben aangetoond.

(Gedrags)therapie

Eén bron stelt dat gedragstherapeutische interventies die gebaseerd zijn op principes van de leertheorie effectief blijken te zijn[5]. Door systematische controle op de uitlokkende factoren van het gedrag van het kind en beïnvloeding van de gevolgen van het gedrag via belonen, straffen, en uitdoven worden stapsgewijs gewenste gedragingen versterkt en ongewenst gedrag afgezwakt. Ook kan van gedragstherapie verbetering verwacht worden inzake opstandig en agressief gedrag en sociale vaardigheden. Deze interventies kunnen de kernsymptomen van ADHD duidelijk doen verminderen, zij het dat de veranderingen kleiner zijn dan bij de stimulerende ADHD-medicatie. Intensievere vormen van gedragstherapie, waarbij een getraind persoon in groep een systematisch beloningssysteem hanteert, levert krachtiger veranderingen op dan via ouders of leerkracht aangereikte therapieën. Gedragstherapie kent ook enkele vragen en beperkingen. Zo is het langetermijneffect niet duidelijk en blijft het kind afhankelijk van de omgeving (ouder, leerkracht) waarvan een behoorlijke inzet en vasthoudendheid over langere tijd wordt gevraagd. Inconsequenties en slordigheden in de uitvoering kunnen de bereikte resultaten snel teniet doen. Omdat sommige kinderen het principe van beloning en straf snel als een 'trucje' zien, is het belangrijk variatie in te bouwen om de aanpak spannend en nieuw te houden.
Een andere bron stelt dat kinderen met ADHD en een angststoornis vrij veel baat hebben bij gedragstherapie, maar dat cognitieve therapie niet effectief is gebleken in relatie tot de ADHD-kernsymptomen[21]. Het belang van gedragstherapeutische behandelvormen situeert zich eerder in een vroeger stadium, bij minder ernstige problemen in een niet-medisch kader (bijvoorbeeld onderwijs). Deze leunen sterk aan bij (ortho)pedagogische methoden voor gedragsmodificatie die reeds in de jeugdzorg en het onderwijs worden toegepast. De methoden dienen dan te worden afgestemd op de beschikbare expertise, in casu die van leraars en leerlingbegeleiders.
Het gebrek aan organisatie en structuur is één van de grootste problemen en kan aangepakt worden met coaching waarin vaardigheden worden aangeleerd[12].

Centrum Zit Stil geeft een bondig overzicht van gangbare therapeutische behandelingsvormen en andere interessante pistes[1].

- Mediatietherapie: therapeuten werken voornamelijk met de ouders om hen aan te leren hoe hun kind en hun gezin beïnvloed worden door ADHD en hoe ze kunnen komen tot een planmatige gedragsaanpak. Een aantal technieken wordt aangeleerd om de negatieve spiraal waarin ouders met hun kinderen terechtgekomen zijn, om te buigen.
- Individuele therapie: het kind wordt een aantal strategieën aangeleerd die gericht zijn op zelfcontrole en probleemoplossing (bijvoorbeeld de zelf-instructiemethode). Vanaf 13 jaar kan het kind ook individuele therapie krijgen over het zo zelfstandig mogelijk leren uitvoeren van taken. De ouders wordt een aantal nieuwe strategieën en vaardigheden aangeleerd voor in de dagelijkse omgang met het kind.
- Ondersteuning van de school: leraars worden inzichten en technieken meegegeven die noodzakelijk zijn voor een betere omgang met ADHD-kinderen: structuur aanbieden, gedragsbeïnvloeding, ondersteuning van sociale vaardigheden, leren organiseren…
- Positief klimaat creëren: betrokkenheid, genegenheid, stimulans en emotionele steun vanuit de omgeving zijn belangrijk voor mensen met ADHD. Hoe beter de relatie met hun naaste omgeving, hoe beter de slaagkansen van de begeleidingen.
- Andere therapieën: gezien de complexe problematieken die met ADHD gepaard gaan, kan het aangewezen zijn om bijkomende therapieën zoals logopedie, psychomotorische therapie en gezinsbegeleiding te verstrekken.

Nutriciële behandeling

Er zijn tal van alternatieve behandelingsvormen voor kinderen met ADHD, zoals speciale diëten (weglaten van voedseladditiva), homeopathie en sensorische training. Alhoewel er soms verbeteringen kunnen worden vastgesteld, zijn er volgens de Nederlandse Gezondheidsraad weinig wetenschappelijk onderbouwde resultaten beschikbaar om deze te adviseren. De effectiviteit op de kernsymptomen zijn niet onderzocht of niet voldoende vastgesteld[21].

Toch verdient ook de dieetpiste de nodige aandacht in de behandeling van ADHD. Een aantal fysieke symptomen die vaker bij ADHD-kinderen voorkomen, komen immers ook vaker voor bij kinderen met een tekort aan poly-onverzadigde vetzuren: dorstig zijn, eczema, astma en andere allergieën[44]. Een aantal andere 'interne' symptomen die vaker bij ADHD-kinderen voorkomen, komen ook vaker voor bij kinderen met een tekort aan poly-onverzadigde vetzuren: gedragsproblemen, labiel humeur, problemen met leren, gezondheid en slaap. In Nederlands onderzoek werd aan 40 kinderen tussen 3 en 7 jaar, die positief scoorden voor ADHD in de DSM-IV, gedurende 2 weken een standaardeliminatiedieet gegeven, waarbij het few-foodsdieet (rijst, kalkoen, peer en sla) werd aangevuld met de beperkte toevoeging van andere voedingsmiddelen als maïs, appel, tarwe en honing[45]. Het merendeel van de ouders meldde een duidelijke gedragsverbetering, waaruit de onderzoekers besluiten dat bij jonge kinderen met ADHD de toepassing van een eliminatiedieet tot significante symptoomvermindering kan leiden.

In een Amerikaanse vergelijkende studie tussen 10 ADHD-kinderen die een behandeling met Rilatine® kregen en 10 ADHD-kinderen die een dieet kregen op basis van voedingssupplementen (vitamines, mineralen, aminozuren, essentiële vetzuren, fytonutriciënten, fosfolipiden en probiotica die de biochemische risicofactoren bij ADHD moeten tegengaan), toonden beide behandelingen duidelijke verbeteringen in het behouden van de aandacht en impulsiviteitscontrole[46]. De auteurs leiden hieruit af dat een goede behandeling op basis van voedingssupplementen evenwaardig is aan een Rilatine®-behandeling.

De nutriciële behandelingspiste behoeft verder onderzoek om de betrouwbaarheid van de resultaten te bevestigen, maar verdient de nodige aandacht binnen de behandeling van ADHD.

2.2.5. Complementariteit van medicinale en niet-medicinale behandeling

Een aantal referenties ademt een sterke pro-contra-sfeer tussen medicinale en niet-medicinale behandeling uit. Het pro-Rilatine®-kamp legt geregeld wetenschappelijke bewijzen van de effectiviteit van het middel voor. Deze worden vaak op methodologische gronden bekritiseerd door het antikamp (beperktheid en/of specificiteit van de sample, kortdurende effectenmeting…). Anderzijds verwijten de pro's dat de anti's geen stevige wetenschappelijke onderbouw hebben om het nut van de niet-medicinale behandelingen aan te tonen. Daarnaast zijn er ook voldoende referenties die de voordelen van beide aanpakken proberen te combineren in een multidimensionale behandeling.
We proberen hier een aantal genuanceerde onderzoeksresultaten over de meerwaarde van de medicinale behandeling van ADHD te plaatsen naast enkele bevindingen en stellingen over de complementariteit van medicinale behandeling en niet-medicinale behandeling.

Afwegingen tussen beide behandelingspistes

Op basis van verschillende onderzoeksresultaten stelt de Nederlandse Gezondheidsraad dat een medicamenteuze behandeling alleen algemeen genomen meer resultaat blijkt op te leveren dan gedragstherapeutische behandeling alleen[21]. Uit een grootschalige studie bij kinderen bleek het effect van methylfenidaat op aandachtsproblemen groter dan dat van een intensieve, 14 maand durende gedragstherapie. Dat verschil kon niet worden aangetoond voor hyperactiviteit/impulsiviteit. Een behandeling op basis van de combinatie van medicamenteuze behandeling (methylfenidaat) en gedragstherapie gaf betere resultaten aan dan medicamenteuze behandeling (methylfenidaat) alleen, maar de verschillen waren niet significant[12].
Eén auteur neemt een aantal bedenkingen van het anti-Rilatine®-kamp als uitgangspunt om die op basis van ethisch-filosofische overwegingen te relativeren[33]. Het invoeren van de ADHD-diagnose en de eraan gekoppelde medicinale behandeling hebben een meerwaarde die sterker weegt dan bedenkingen over het labelen van een kind en de bedenkingen over het gebruik van psychoactieve drugs als Rilatine®. De auteur heeft wel een eigen ethische bedenking: we moeten ons misschien zorgen maken over het feit dat technologische ingrepen, zoals het toedienen van Rilatine®, de authenticiteit en de autonomie van een persoon belemmeren.

Afwegingen bij de meerwaarde van gecombineerde behandeling

Maar laten we vooral focussen op de meerwaarde die de combinatie van medicinale behandeling en niet-medicinale behandeling herbergt.
Alhoewel de Nederlandse Gezondheidsraad enig voorbehoud heeft bij de 'bewijslast' voor deze meerwaarde, geeft zij aan dat de voorkeur gaat naar bijkomende informatieve en gedragsmatige input bij een medicinale behandeling[21]. Zo stelt de Gezondheidsraad dat zowel medicamenteuze als gedragstherapeutische behandeling –naast enkele beperkingen– positieve resultaten kunnen boeken, maar dat het niet duidelijk is of een combinatie van methoden extra voordelen oplevert. Niet dat er geen positieve onderzoeksresultaten voorliggen, het probleem ligt eerder in de beperkingen van deze onderzoeken (korte termijn, beperkte populatie…). Zelfs bij de zeldzame langlopende onderzoeken is het nadien moeilijk om een eenduidige uitspraak te doen over het effect van de combinatie medicinale-

psychosociale behandeling. Daar komt bovenop dat wegens de hoge kost en de geringe beschikbaarheid de haalbaarheid van een intensieve psychosociale behandeling in de praktijk moeilijk haalbaar wordt geacht.
Tot daar het scepticisme, nu het optimisme van de Gezondheidsraad: medicatie, gekaderd in voorlichting, begeleiding en monitoring, blijkt bij medicatiegevoelige kinderen de beste resultaten op te leveren. Gedragstherapie kan daar een bescheiden effect aan toevoegen, meestal op belangrijke niet-ADHD gerelateerde aspecten. Intensieve gedragsmediatietherapie is duidelijk werkzaam gebleken; bij beperkt effect kan medicatie aanvullend worden gebruikt om het effect te optimaliseren.
De Gezondheidsraad adviseert dat:

- medicamenteuze behandeling altijd moet samengaan met psycho-educatie en opvoedingsadvies, bij kinderen in overleg met de school en eventueel met bijkomende psychosociale begeleiding voor kind en ouders;
- het voorschrijven van medicatie gekaderd moet zijn in een programma van voorlichting, begeleiding en monitoring;
- de keuze van welke behandeling voor elk individu moet vastgesteld worden middels een gedegen diagnostiek; factoren die in de afweging meespelen, zijn de hinder voor het kind en zijn omgeving, de ernst van de symptomen, de leeftijd, de inzet van hulpverleners, ouders en school, de draagkracht van het gezin, de attitude van betrokkenen tegenover de behandelmethode;
- de ouders van een kind met ADHD een doorslaggevende stem moeten hebben in de behandelingskeuze.

De Gezondheidsraad stelt dat een combinatie van methoden de nodige dosis methylfenidaat kan verminderen.
Dit laatste wordt bevestigd in een Amerikaanse referentie. Een multimodale therapie met medicatie en gedragstherapie blijkt betere behandelingsresultaten op te leveren[5]. Een recent grootschalig onderzoek bij kinderen met ADHD, waarin onder andere het effect van medicatie, gedragstherapie en de combinatie van deze beide vergeleken wordt, toont aan dat medicatie meer resultaat oplevert dan gedragstherapie in het verminderen van inattentiesymptomen bij ADHD. Op andere gebieden zijn er geen significante verschillen tussen medicatie en gedragstherapie. De meerwaarde van de combinatiebehandeling boven behandeling met medicatie alleen is vooral de ongeveer 20% lagere dosering van de medicatie en de grotere tevredenheid bij de ouders. Inzake ADHD-symptomologie was er geen verschil in effectiviteit aantoonbaar.

Synthese hoofdstuk 2.2.

De behandeling van ADHD bestaat meestal uit het verstrekken van centrale stimulantia, vooral het product methylfenidaat. Veruit het meest gebruikte product is Rilatine®. Sinds kort is ook het langer werkende methylfenidaat Concerta® op de Belgische markt verkrijgbaar.
Methylfenidaat werkt in op de neurotransmitter dopamine. Het wordt als een efficiënt en relatief veilig product beschouwd. In ongeveer 70 tot 80% van de gevallen levert de behandeling met Rilatine® positieve resultaten. In de overige 20 tot 30% zijn de bijwerkingen te sterk of is de efficiëntie niet afdoende aantoonbaar.
De verkoop van Rilatine® zit overal in de lift. Dat geldt ook voor België, waar de verkoop een exponentiële groei kent sinds begin jaren negentig. De verkoop is sindsdien meer dan vertienvoudigd. Over de rol van huisartsen en geneesheer-specialisten in deze stijging wordt nog gedebatteerd.
Het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van ADHD is onderwerp van een soms hevige polemiek. Los van de pro/contra-discussie kunnen enkele aandachtspunten naar voor geschoven worden. Eerst en vooral behoeft de diagnostiek de nodige ernst. Nog te veel Rilatine®-gebruikers hebben geen (duidelijke) ADHD-diagnose. Voorts zijn bij ADHD-diagnose, naast een (mogelijke) medicinale behandeling, complementaire behandelingen aangewezen. Dat geldt in de eerste plaats voor psycho-educatie en gedragstherapeutische interventies, maar onder andere ook ondersteuning van de familie en leerkracht(en) zijn nuttige pistes.
Over de nutriciële behandelingspistes bestaat nog enige controverse. Eerste positieve resultaten lijken veelbelovend, maar behoeven nog toetsing op een grotere schaal.

2.3. Problematisch middelengebruik[k]

Zowel in de literatuur als op het werkveld hanteert men allerlei termen en definities om het al dan niet problematisch gebruik van alcohol en andere drugs te omschrijven. Met drugs bedoelen we stoffen die een invloed hebben op het denken, voelen en waarnemen. Deze middelen kunnen een verdovende, opwekkende en bewustzijnsveranderende werking hebben en worden gebruikt als genotmiddel[47]. Het gaat hierbij zowel om legale als om illegale middelen. Daar hoort ook psychoactieve medicatie bij.
Of en in welke mate men het gebruik van alcohol of drugs als een probleem definieert, is daarbij niet alleen afhankelijk van het middel zelf (de eigenschappen van het middel, maar ook de legale of illegale context ervan). Ook de gebruiker (wie neemt het) en de context (thuis, verkeer, werksituatie...) spelen hierin een rol. Over het algemeen kunnen we een onderscheid maken tussen niet-problematisch en problematisch gebruik: gebruik kan immers al dan niet problemen geven voor de persoon zelf en/of zijn omgeving.
Naargelang de visie en de invalshoek kunnen heel wat termen gebruikt worden om problematisch middelengebruik aan te duiden. In deze publicatie hanteren we voor zover mogelijk het begrip problematisch gebruik van middelen. Dit is een ruime en bruikbare definitie. Ze verwijst zowel naar de gevolgen van occasioneel overmatig gebruik als naar de impact van chronisch gebruik voor de gebruiker zelf en voor diens omgeving.

[k] *Voor dit hoofdstuk werd voornamelijk geput uit De Donder, E., Lambrechts, M.-C. (2002). Situering problematisch middelengebruik. In E. De Donder, I. De Maeseneire, M. Geirnaert, M.-C. Lambrechts, N. Roose, L. Van Baelen, G. Verstuyf. Alcohol- en Druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening. Mechelen: Kluwer.*

Resultaat van een proces

Problematisch gebruik faciliteert de ontwikkeling van een proces dat uiteindelijk leidt tot afhankelijkheid van een bepaald middel. In dat geval is het vooral een gezondheidsprobleem met een (ernstige) weerslag op andere domeinen (gezin, werk enzovoort). In een aantal problematische situaties is er echter geen sprake van chronisch gebruik. Het gaat dan om occasioneel gebruik op de verkeerde plaats of op het verkeerde tijdstip. In de meeste gevallen speelt hierbij de hoeveelheid een belangrijke rol, al kan in sommige settings een geringe hoeveelheid al een probleem vormen.
Terwijl langdurig overmatig gebruik op termijn ernstige fysieke schade kan toebrengen, is occasioneel overmatig gebruik vooral een veiligheidsprobleem, dat in een aantal gevallen ook ernstige gezondheidsschade kan berokkenen (verkeersongevallen, overdosissen…). De schade wordt medebepaald door kenmerken van de gebruiker, de drug zelf en de wijze van gebruik. Occasioneel problematisch gebruik kan ook een signaal zijn van een zich ontwikkelend afhankelijkheidsprobleem.

Afbakening termen

Termen als 'verslaving', 'afhankelijkheid' en 'alcoholisme' leggen de nadruk op de fysiologische en psychische problemen die voortvloeien uit (langduriger) middelengebruik. Alhoewel de algemeen ingeburgerde term 'verslaving' tegenwoordig nog vrij vaak wordt gebruikt, is er veel voor te vinden om deze term te verlaten en veeleer te opteren voor misbruik en afhankelijkheid, termen uit de DSM-IV. Dit diagnose-instrument bevat een classificatie van psychische stoornissen en werd ontwikkeld door de American Psychiatric Association voor gebruik bij hulpverlening, opleiding en onderzoek.
Van misbruik van een middel spreken we bij een onaangepast gebruik dat zich uit in ten minste één of meer van de volgende elementen:

- herhaaldelijk gebruik van een middel in zoverre het niet meer lukt om aan verplichtingen op het werk, op school of thuis te voldoen;
- herhaaldelijk gebruik van een middel in een fysiek gevaarlijke situatie (bijvoorbeeld in het verkeer);
- herhaaldelijk in contact komen met justitie gerelateerd aan het gebruik;
- aanhoudend gebruik van het middel ondanks telkens weerkerende problemen op sociaal niveau.

Van afhankelijkheid van een middel is sprake als minstens 3 van de volgende criteria zich de laatste 12 maanden voordeden:

- tolerantie voor het product;
- ontwenningsverschijnselen bij niet-gebruik;
- het zich regelmatig voordoen van een sterk gebruik van het middel en dit gedurende een langere periode dan gepland;
- een aanhoudende wens of mislukte pogingen om het middelengebruik beter in de hand te houden;
- veel tijd steken in het bekomen en/of gebruiken van het middel of in het terug in de plooi komen na gebruik;
- terugschroeven of stopzetten van belangrijke sociale, werkgerelateerde of vrijetijdsbezigheden;
- voorzetting van gebruik ondanks het feit dat er zich (geestelijke) gezondheidsproblemen ten gevolge het middelengebruik voordoen.

De DSM-IV-diagnoses voor middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid sluiten elkaar uit. Dat betekent dat voor misbruik van een bepaald middel niet voldaan mag worden aan de DSM-criteria van afhankelijkheid voor het desbetreffende middel.

Synthese hoofdstuk 2.3.

Als het om middelengebruik gaat, worden veel verschillende termen gebruikt. Men moet al een goede kennis van zaken hebben om de grenzen en nuances te kennen tussen gangbare termen als verslaving, afhankelijkheid, alcoholisme en misbruik. Sommige termen zijn niet meer in zwang, andere zijn strikt gedefinieerd in diagnostische handleidingen.

Om de terminologie voor alle lezers begrijpelijker te maken, opteren we voor het 'megabegrip' problematisch middelengebruik. Problematisch middelengebruik is het resultaat van een proces van middelengebruik, waarin de persoon door het middelengebruik in (een) problematische situatie(s) verzeild raakt.

3. De relaties tussen ADHD, ADHD-medicatie en problematisch middelengebruik

Tal van onderzoeken en basiswerken hebben de relatie tussen ADHD en (het ontwikkelen van) problematisch middelengebruik onderzocht en beschreven. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen op een rijtje gezet. We overlopen zowel onderzoek dat een algemeen verband zocht tussen ADHD en problematisch middelengebruik, als onderzoek dat zich specifiek richt op gebruik/misbruik van welbepaalde middelen, alsook onderzoek over oorzaken naar de link en de plaats van methylfenidaat in de alcohol- en drughulpverlening.

3.1. ADHD en problematisch middelengebruik

Veel onderzoeken namen de relatie tussen ADHD en (problematisch) middelengebruik onder de loep. Zo werd aangetoond dat kinderen met ADHD meer kans vertonen op druggebruik in de adolescentie en volwassenheid[38]. Ander onderzoek wees uit dat adolescenten met ADHD vroeger beginnen te experimenteren met het gebruik van tabak, alcohol (ook vroeger de eerste keer dronken zijn) en cannabis[48]. In vergelijking met hun leeftijdsgenoten zonder ADHD roken adolescenten met ADHD over het algemeen meer, drinken ze meer alcohol en gebruiken ze meer drugs[21]. De ernst van ADHD blijkt geen impact te hebben op de mate van middelengebruik[49]. Bij volwassenen stelt men eveneens vast dat aanhoudende ADHD-symptomen een groter risico vormen om problematisch middelengebruik te ontwikkelen[50].
Adolescenten in een klinische behandelingssetting, met duidelijke symptomen van afhankelijkheid en CD, werden gekenmerkt door comorbiditeit met ADHD en depressieve stoornissen. ADHD en depressieve stoornissen waren positief gerelateerd met de ernst van de afhankelijkheidsproblematiek[51].

Comorbiditeit met CD als invloedsfactor

Een aantal onderzoekers stelt dat het verband tussen ADHD-symptomen op kinderleeftijd en illegale druggebruik op adolescentenleeftijd te verklaren is door de problematiek van antisociale gedragsstoornis (CD). Het verband tussen aandachtsproblemen en later illegale druggebruik zou te verklaren zijn door het feit dat er vaak sprake is van een sterke samenhang tussen aandachtsmoeilijkheden en CD. CD leidt op zijn beurt tot een verhoogd later druggebruik. Het verband tussen ADHD-symptomen en druggebruik is dus te verklaren door de comorbiditeit met CD[30]. Nieuw-Zeelands cohorte-onderzoek bij jongeren gaf geen aanwijzing dat ADHD een risicofactor is voor later middelengebruik, omdat het effect van vroegtijdige ADHD-symptomen op later middelengebruik te verklaren is door de comorbiditeit met de risicoverhogende factor CD[52].
Uit Amerikaans onderzoek in een residentieel behandelingsprogramma voor afhankelijkheidsproblemen bleek dat de meeste delinquente adolescente jongens met CD comorbiditeit met middelenmisbruik, ADHD en depressie vertonen[49]. Een meta-analyse naar de comorbiditeit van (problematisch) middelengebruik met een aantal psychiatrische stoornissen (CD, ODD, ADHD, depressie en angststoornis) toonde aan dat er bij jongeren met ADHD sprake is van een vrij grote kans op comorbiditeit met middelengebruik[53]. De kans op deze comorbiditeit is wel lager dan die van CD, ODD en middelengebruik. Als we naar problematisch middelengebruik kijken, stijgt de kans op comorbiditeit met ADHD met een factor 2,5. Dat is de sterkste risicostijging van alle in kaart gebrachte psychiatrische stoornissen. De stijging geldt zowel voor jongens als voor meisjes.
Toch zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de intermediaire rol van CD in de relatie tussen ADHD en (problematisch) middelengebruik. De hypothese dat de CD-ADHD-comorbiditeit

gelinkt wordt met de mate van middelen-/alcohol-gebruik, wordt in Amerikaans onderzoek bij adolescenten niet gestaafd: er was geen interactie tussen ADHD en CD in hun relatie tot gebruik[54]. Longitudinaal onderzoek bij jongeren kwam tot de vaststelling dat, als de ADHD-CD-interactie mee in beeld werd gebracht, er enkel nog een verband bleef bestaan tussen ADHD-symptomologie en roken, niet voor alcohol en illegale drugs[55].

Genderverschillen als onderliggende factor

De discussie of het effect van ADHD op middelengebruik al dan niet te verklaren valt door de comorbiditeit met CD kan verrijkt worden met bevindingen over genderverschillen in deze relatie. Amerikaans onderzoek bij adolescenten toonde aan dat er bij jongens nog een beperkt direct effect van ADHD op alcoholmisbruik vaststelbaar is, naast een indirect effect via CD. De auteurs besluiten daaruit dat het effect van ADHD bij jongens niet volledig gemedieerd wordt door CD als het gaat om alcoholmisbruik. Bij meisjes is er geen direct effect van ADHD op alcoholmisbruik vastgesteld; het effect werd gemedieerd door CD. ADHD is dus geen onafhankelijke predictor van alcoholmisbruik bij meisjes[56]. Ander onderzoek vond bij jongens een gecombineerd effect van CD, ADHD en depressie op de ernst van de afhankelijkheidsproblematiek, bij meisjes speelde enkel depressie een rol[51].

Aandachtstekort als onderliggende factor

Aansluitend bij de genderverschillen kan ook meer specifieke aandacht voor de symptomologie van aandachtsstoornissen een duidelijker zicht geven op de driehoek ADHD-CD-middelengebruik. Verrassend was de bevinding van Amerikaans onderzoek dat jongeren met hogere ADHD-symptomologie en lagere CD-symptomologie vaker de laagste graad van gebruiks- en afhankelijkheidssymptomen vertoonden. Volgens de onderzoekers is dit mogelijk te verklaren door het feit dat de ADHD-groep vooral het inattentieve type omvat, met een lagere graad van impulsiviteit[55]. Een andere referentie poneert de stelling dat aandachtstekort een betere predictor voor middelengebruik is dan impulsiviteit/ hyperactiviteit en ODD/CD. Dit omdat aandachtsstoornissen vlugger leiden tot slechte schoolresultaten en moeilijkheden met de peer group, zodat de jongere zich vlugger richt tot non-conformistische peer groups waaraan middelengebruik inherent is[57].

De bevindingen over de invloed van gender en symptomologie van aandachtsstoornis plaatst ons voor een nieuw vraagstuk. Zoals eerder gerefereerd, komen aandachtsstoornissen vaker voor bij meisjes. Als aandachtsstoornis een goede predictor is voor (problematisch) middelengebruik, hoe komt het dan dat ADHD bij meisjes geen direct effect heeft op middelengebruik en bij jongens wel?

Zelfmedicatiehypothese

Recent hanteren tal van onderzoekers de zelfmedicatiehypothese als verklaringsfactor voor het relatief meer voorkomen van problematisch middelengebruik bij personen met ADHD. In deze context duidt zelfmedicatie op het gebruiken van roesmiddelen om symptomen van ADHD te verlichten. Er zijn aanwijzingen dat personen met ADHD middelen gebruiken om de hinderende ADHD-symptomen te onderdrukken[58]. Zo werd de zelfmedicatiehypothese in relatie gebracht met ADHD, roken en moeite hebben om te stoppen met roken. De psychotrope stoffen in tabak zouden de concentratie verbeteren en dat maakt het aantrekkelijk voor personen met aandachtsproblemen.

Zelfmedicatie werd ook in verband gebracht met cocaïnegebruik. Personen met ADHD die niet behandeld werden voor deze stoornis lopen een groter risico om cocaïne te gebruiken om de ADHD-symptomen te onderdrukken[59].

De valkuil ligt in het feit dat zelfmedicatie in eerste instantie lijkt te werken. De ADHD-symptomen verminderen. Zo kan iemand met aandachtsstoornissen door het gebruik van nicotine, cocaïne, amfetamines of andere stimulerende producten zich beter voelen, helder

denken, beter op iets focussen en beter presteren[60]. Er zijn volgens Richardson 3 voorname redenen waarom iemand met ADHD aan zelfmedicatie doet: om negatieve gevoelens te onderdrukken, omwille van het idee beter te kunnen presteren onder invloed en vanwege het goede gevoel dat zij hebben bij de zelfmedicatie. Maar zelfmedicatie is natuurlijk een tweesnijdend zwaard: de persoon dreigt met een bijkomende problematiek, in casu problematisch middelengebruik, te moeten afrekenen. Of, zoals de auteur het zelf zegt: "*self-medicating ADD is like putting out a fire with gasoline*".

ADHD-prevalentie in de alcohol- en drughulpverlening

De relatie tussen ADHD en (problematisch) middelengebruik wordt eveneens gestaafd door het opvallend hoge aandeel ADHD-cliënten in de drughulpverlening. Grootschalig onderzoek bij adolescenten in een ambulant behandelingsprogramma voor problematisch cannabisgebruik, naar de comorbiditeit van psychische problemen en middelenmisbruik en -afhankelijkheid (DSM-IV), gaf aan dat 38% van de onderzoekspopulatie comorbiditeit met ADHD-diagnose vertoonde[26]. Dat gold veel sterker bij afhankelijkheid (57%) dan bij misbruik (23%). ADHD is ook een van de meest voorkomende psychiatrische diagnoses bij adolescenten in de residentiële drughulpverlening[61]. Verschillende Nederlandse onderzoeks-resultaten wijzen op een verhoogde ADHD-prevalentie bij cliënten in de verslavingszorg. In een testfase ter voorbereiding van een behandelingsprotocol voor ADHD en verslaving in de Brijderstichting werden in een ambulante setting 26 cliënten gescreend. Bij 10 van hen werd na een vervolgdiagnostiek bij een arts de ADHD-diagnose gesteld[62]. Het Trimbos-Instituut achterhaalde dat minstens 12% van de cliënten in de alcohol- en drughulpverlening ADHD heeft, terwijl dit in de volwassen populatie op om en bij 1% wordt geschat[63]. Een Nederlandse literatuurstudie stelde vast dat de prevalentie van ADHD onder verslaafden duidelijk hoger is, vooral in groepen die in een langdurige en ernstige afhankelijkheidssituatie zitten. In de literatuur varieert de vastgestelde prevalentie van 10 tot bijna 50%, afhankelijk van de onderzochte patiëntenpopulatie[37].

Mogelijkerwijze speelt hierin de grotere bereidheid bij mensen met ADHD om naar de hulpverlening te gaan. Amerikaans onderzoek bij 16-jarige jongens en hun gezin toont aan dat het voorkomen van ADHD en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) de frequentie van bezoeken aan voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) positief beïnvloedt[64]. Daarnaast doen ook zonen wiens vader een geschiedenis van middelenmisbruik met zich meedraagt meer een beroep op GGZ-voorzieningen dan zonen zonder deze vaderlijke geschiedenis. En aangezien onderzoek reeds aantoonde dat de kans op problematisch middelengebruik hoger ligt bij personen wiens ouders eveneens problematisch middelengebruik vertoonden… [65,66,67].

Methylfenidaatgebruik en de kans op problematisch middelengebruik

Onderzoeksresultaten omtrent de vraag of gebruik van methylfenidaat leidt tot problematisch middelengebruik kunnen elkaar nog eens tegenspreken. Over het verband tussen het gebruik van methylfenidaat in ADHD-behandeling op jonge leeftijd en middelenmisbruik op latere leeftijd bestaat controverse. Als de door sommigen gesuggereerde link tussen methylfenidaat-gebruik en een hoger risico op middelengebruik er al is, zou die te wijten kunnen zijn aan de voortdurende aanwezigheid van comorbide psychiatrische symptomen als gedragsstoornissen die een verhoogd risico op later problematisch middelengebruik herbergen[28].

Onderzoek toonde aan dat het medicinaal gebruik van methylfenidaat in de behandeling van ADHD geen invloed heeft op een latere cocaïneafhankelijkheid. Meer nog, het therapeutisch effect van het ADHD-middel verlaagt het comorbiditeitsrisico met problematisch middelengebruik aanzienlijk[38]. Ander recent onderzoek toont aan dat wanneer mensen die

een tijdlang Rilatine® op voorschrift innamen, overgaan naar cocaïnegebruik, zij hogere doses cocaïne nemen dan andere gebruikers[3].
Amerikaans longitudinaal onderzoek toonde aan dat kinderen en jongeren met ADHD-symptomen die niet farmacotherapeutisch behandeld worden een groter risico op problematisch middelengebruik in de adolescentie vertonen[68]. Dat strookt met eerdere bevindingen waar een verband werd gevonden tussen (niet-gediagnosticeerde en dus niet medicinaal behandelde) volwassenen met ADHD en problematisch middelengebruik.
Andere auteurs bouwen hierop voort in hun argumenten voor een 'agressievere' medicinale behandeling van ADHD en problematisch gebruik. Zij baseren hun argumenten op het feit dat onderzoek aantoonde dat een psychotrope behandeling bij kinderen met ADHD het risico op problematisch middelengebruik verkleinde. Daarom verwachten zij dat een sterker op psychotrope middelen gebaseerde behandeling bij adolescenten met comorbiditeit ADHD-problematisch middelengebruik zou kunnen leiden tot een beter resultaat[69].

Synthese hoofdstuk 3.1.

Er wordt vaak een link tussen ADHD en verhoogd middelengebruik gesuggereerd. Er zijn ook voldoende objectieve gegevens om dit te staven. Problematisch middelengebruik komt vaker voor bij adolescenten en volwassenen met ADHD. Zo ligt het aandeel personen met ADHD veel hoger in de alcohol- en drughulpverlening dan in de totale bevolking.
De relatie tussen ADHD en middelengebruik is ten dele te verklaren door de aanwezigheid van comorbide stoornissen (in de eerste plaats gedragsstoornissen), maar er zijn ook aanwijzingen dat ADHD zelf ook een risicofactor is.
De zelfmedicatiehypothese wordt vaak aangehaald om de link tussen ADHD en middelengebruik te duiden. Personen met ADHD zouden roesmiddelen gebruiken om de ADHD-symptomen te onderdrukken, zich beter te voelen en beter te kunnen presteren.
Er zijn geen aanwijzingen dat het gebruik van methylfenidaat op jongere leeftijd zou leiden tot een verhoogde kans op (problematisch) middelengebruik op latere leeftijd. Meer zelfs, het risico op later (problematisch) middelengebruik ligt hoger bij personen met ADHD die niet medicinaal behandeld werden.

3.2. ADHD en misbruik van bepaalde producten

3.2.1. ADHD en misbruik van alcohol en drugs

Cocaïne

Laten we eens bekijken welk soort middelengebruik heel specifiek in verband werd gebracht met ADHD. Vaak wordt een ADHD-diagnose in de kindertijd gelieerd met later cocaïnemisbruik. Cocaïnemisbruikers met ADHD tijdens de kindertijd komen vaker terecht in de hulpverlening, maar vertonen een minder goede uitkomst (abstinentieduur minder lang...)[70]. ADHD en cocaïneafhankelijkheid hebben één ding gemeen: een disregulering in de dopaminefunctie. Gezien de beperkte successen in farmacologische behandeling voor cocaïnemisbruik, ligt volgens de onderzoekers de uitdaging in het vinden van een behandeling voor cocaïnemisbruikers met ADHD.
Het aandeel cocaïnemisbruikers in de drughulpverlening dat in de kindertijd ADHD had, fluctueert tussen 5 en 35%, al naargelang de bron[71]. De verklaring voor het opvallend hoge laatste percentage wordt gezocht in het feit dat dit met de oude en minder strenge DSM-III-R werd gemeten. Amerikaans onderzoek bij cocaïnemisbruikers in de hulpverlening kwam uit

op 12% met ADHD tijdens de kinderjaren, wat een stuk hoger is dan de prevalentie van ADHD tijdens de kindertijd op populatieniveau.
Ander Amerikaans onderzoek wees uit dat cocaïneafhankelijke rokers met ADHD een veel sterker hyperactiviteits-/impulsiviteitsprofiel hebben dan niet-cocaïneafhankelijke rokers met ADHD[72]. Eenzelfde verschil kon niet worden aangetoond voor het inattentiviteitsprofiel.

Cannabis

Het hogere aandeel cannabisgebruik onder volwassenen met zowel ADHD als cocaïnemisbruik toont aan dat niet enkel cocaïne wordt gebruikt[71]. Een Amerikaanse studie wees uit dat cannabisafhankelijkheid de meest voorkomende vorm van problematisch middelengebruik is bij volwassenen die een behandeling zoeken voor hun ADHD-symptomen[50]. Deze verhoogde prevalentie komt evenwel vooral door de comorbiditeit met CD, bipolaire stoornis en andere stemmingsstoornissen. Verrassend was de bevinding uit onderzoek bij adolescenten dat een sterkere ADHD-symptomologie samenhangt met een lager cannabismisbruik[54].

Tabak en alcohol

In een Amerikaans self-reportonderzoek bleek dat jongeren met sterkere ADHD-symptomen een hoger alcohol- en tabaksgebruik aangeven dan jongeren met minder sterke ADHD-symptomen[73]. Dat gegeven werd bevestigd door de ouders van de respondenten.
Amerikaans vergelijkend onderzoek naar afkickverschijnselen bij rokers zonder ADHD-symptomologie (NH), rokers met enkel ADHD-symptomologie tijdens de kindertijd (CH) en rokers met een in de volwassenheid aanhoudende ADHD-symptomologie (AD) gaf als resultaat dat laatstgenoemde groep hoger scoorde voor depressie en problematisch alcoholgebruik dan de 2 andere groepen[74]. Beide groepen met ADHD-symptomologie begonnen vroeger met roken dan die zonder deze symptomologie en ervoeren een aantal afkicksymptomen duidelijk sterker: depressieve stemming, insomnia, geïrriteerdheid en concentratiemoeilijkheden.
Een Nederlandse bron vermeldt dat bij volwassenen met ADHD 28% overmatig alcoholgebruik vertoont[37]. In een adolescentenpopulatie werd een positieve samenhang gevonden tussen zowel de frequentie als de gebruikte hoeveelheid alcohol en ADHD-symptomen[54].

3.2.2. Misbruik van methylfenidaat

Methylfenidaat heeft een zeker misbruikpotentieel. In medicinale doses, bij de behandeling van ADHD of narcolepsie, treedt geen tolerantie op[28]. Na 5 jaar ervaring met voorschrijven van Rilatine® bij volwassenen zijn er in Nederland geen aanwijzingen voor verslaving bij inname volgens voorschrift. Dat heeft te maken met de relatief trage verwerking ervan in de hersenen. Als het wordt gesnoven of gespoten, geeft het een roeseffect en neemt de kans op verslaving toe[7].
Er zijn duidelijke overeenkomsten tussen de farmacologische en gedragseffecten van methylfenidaat en die van amfetamines en cocaïne. Al deze stimulantia hebben een duidelijk misbruikpotentieel en dat kan zware sociale en medische gevolgen hebben (onder andere langetermijnsschade in de hersencellen en -functie)[31]. Bij hogere doses heeft methylfenidaat een met amfetamines vergelijkbaar effect. Methylfenidaat herbergt zodoende eenzelfde misbruikpotentieel. Zowel tolerantie als afhankelijkheid werden reeds opgemerkt[28]. Experimenteel onderzoek bij dieren toonde aan dat Rilatine® een met cocaïne en amfetamines vergelijkbaar risicoprofiel heeft[37]. Eén bron relativeert het misbruikpotentieel door te stellen dat methylfenidaat minder vaak misbruikt wordt dan amfetamines en cocaïne[76]. Dat heeft

volgens de auteur te maken met het feit dat, alhoewel methylfenidaat eenzelfde 'geografische' spreiding in het brein kent als cocaïne, er minder uitgesproken versterkende gevoelens zijn door het tragere verwijderen van het product in breinzones die rijk aan dopamine zijn.

Mogelijke lichamelijke complicaties

Rilatine® is voor orale toediening bedoeld (wateroplosbaar), maar wordt bij illegaal gebruik eerder zelden oraal ingenomen. Niet-medicinaal gebruik gebeurt vooral intranasaal of intraveneus. Bij deze methoden is de 'high' vergelijkbaar met die van coke[19,31]. De ingrediënten van Rilatine® zijn evenwel gekozen voor oraal gebruik en sommigen ervan (talk, cellulose, minerale oliën, suiker) kunnen bij intraveneus gebruik ernstige problemen veroorzaken. Op de plaats van injectie werden typische wonden gezien die te wijten kunnen zijn aan de bindmiddelen in de tablet[28]. Klassieke complicaties bij intraveneus gebruik zijn: toxische overdose-reactie, bloedklontering, infecties, littekens, longproblemen, problemen met bloedsomloop en huidproblemen. In medische tijdschriften werd reeds meermaals gewezen op permanente beschadiging van het longweefsel door intraveneus gebruik van Rilatine®. Ook aan intranasaal gebruik zijn er specifieke risico's verbonden. Rilatine® bevat hydrochloridezout, wat tot neusbloedingen en verzweren kan leiden en het weefsel in de neusholte kan aantasten[19].

Risico op overdosis

De euforie en stimulus van het centrale zenuwstelsel zijn minder intens dan die van de krachtigere stimulantia. In die zin is methylfenidaat zelden de voorkeursdrug bij drugmisbruik. Toch is al misbruik van methylfenidaat vastgesteld tot verschillende honderden milligrammen, mede vanwege de hogere doses door de tolerantie[28]. Misbruik van ADHD-middelen gebeurt vaak via 'bingeing', waarbij gemiddelde doses van 200 mg werden vastgesteld[31]. Zware overdoses van methylfenidaat kunnen leiden tot stuiptrekkingen ('seizure') en coma.

Neveneffecten op korte termijn bij hogere doses kunnen zijn:

- Centraal zenuwstelsel, gedrag: euforie, opgewondenheid, agitatie, musculaire samentrekking, grote pupillen, verwardheid, hallucinaties, paranoïde gedachten.
- Cardiovasculair: rood uitslaan van gezicht, verhoogde bloeddruk en hartslag.
- Gastro-intestinaal: droge mond en andere muceuse membranen, overgeven[28].

Volwassen intraveneuze gebruikers kunnen in een toxische toestand verkeren die vergelijkbaar is met amfetamine-psychose, vergelijkbaar met acute paranoïde schizofrenie. Dit syndroom verdwijnt bij het stoppen van het gebruik[28].
In 1990 werd in de Verenigde Staten bij 271 klinische noodopnames het gebruik van methylfenidaat vermeld, in 1998 was dat al in 1.728 gevallen. Dat gebeurde vooral bij jongeren tussen 10 en 17 jaar oud[40]. Dood wegens het niet-medisch gebruik van Rilatine® werd in de Verenigde Staten reeds vastgesteld[19].

In een Amerikaans onderzoek naar het profiel van misbruikers van methylfenidaat staat kort vermeld welke aanpak regionale antigifcentra adviseren bij overdoses van dit product. In de regel wordt steeds een opname in de spoedafdeling gehanteerd. Bij jongeren en adolescenten werd in een aantal gevallen actieve kool gegeven, soms met een bijhorende maagspoeling. De meeste volwassenen die naar de spoedafdeling werden verwezen, kregen daar een therapeutische interventie. Deze medicamenteuze behandelingen omvatten Haloperidol, Lorazepam, Naloxone, Ipecac, actieve kool en spoeling[77].

Cijfers over misbruik van methylfenidaat (overzees)

Het oneigenlijk, niet-medicinaal gebruik van Rilatine® situeert zich vooral in het straatgebruik[78]. Rilatine® staat in Australië in de top-10 van geneesmiddelen die via professionals in de gezondheidszorg en via druggebruikers op de straatmarkt terechtkomen. De straatprijs voor 1 pilletje varieert tussen 2 en 5 Australische Dollar (ruim geschat tussen 1 en 3 euro) [31]. Naast het misbruik van Rilatine® op zich is ook combigebruik met andere medicatie, onder andere met het analgeticum Talwin® (opioïde pentazocine), reeds vastgesteld[28].

Amerikaanse epidemiologen omschrijven Rilatine®-misbruik over de laatste 2 decennia als 'sporadisch maar persistent'. De vorige 5 jaar is het aantal voorschriften voor Rilatine® meer dan verzesvoudigd, waarvan een redelijk deel terecht komt op de illegale markt. Dit kan leiden tot tijdelijke tekorten van het middel voor medicinaal gebruik[19]. Uit de nationale 'Monitoring the Furture'-bevraging (Verenigde Staten) bleek het misbruik van voorgeschreven ADHD-middelen onder adolescenten te stijgen van 1% in 1994-1995 naar 3% in 1998-1999 [31,40]. Ook het straatgebruik van methylfenidaat is stijgende, het is één van de meest gestolen geneesmiddelen. Het wordt regelmatig in de schoolinfirmerie gestolen of verkregen via verwanten of andere kinderen met ADHD. Er werd vastgesteld dat ADHD-patiënten of hun verwanten de pillen verkopen of ruilen voor andere drugs, zoals marihuana[40]. Volgens de Amerikaanse Drug Enforcement Administration (DEA) waren er tussen 1990 en 1995 ongeveer 2.000 diefstallen van methylfenidaat, meestal via nachtelijke inbraken in apotheken[3]. Ander Amerikaans onderzoek stelt dat er onder kinderen geen sprake is van misbruik, maar wel onder leerlingen uit het secundair onderwijs. In de Amerikaanse staat Baltimore werd illegale verkoop en misbruik van ADHD-middelen vooral vastgesteld bij jongeren uit de (hogere) middenklasse. Volwassenen die ADHD-middelen misbruiken, zijn dan weer eerder van een lagere socio-economische status, meestal met een langere geschiedenis van polydruggebruik[31].

Cijfers over misbruik van methylfenidaat (Europees)

Over de plaats van Rilatine® en methylfenidaat op de straatmarkt in Europa zijn minder sprekende gegevens verzameld. In de jaren zestig werd methylfenidaat in Zweden gepromoot en voorgeschreven als vermageringsmiddel. Aan het eind van dat decennium waren amfetamines plots moeilijk verkrijgbaar op straat, waardoor er een illegale markt voor methylfenidaat ontstond. Tengevolge dit misbruik op straat werd het middel in 1968 van de Zweedse markt gehaald[31]. Een Nederlandse bron vermeldt dat misbruik van Rilatine® bij onze noorderburen nog niet manifest aanwezig is[2].

In België verspreidde BIRN[1] in januari 2002 een brief naar hulpverlenende instanties, waarin het stelt dat er aanwijzingen zijn dat Rilatine® ook in België wordt misbruikt:

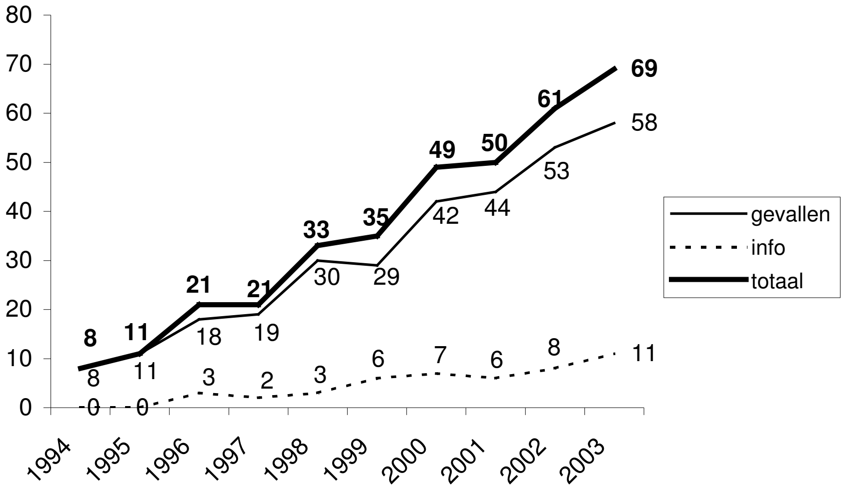
"*Vorige week kregen we een vraag van het antigifcentrum en van een ziekenhuis in Torhout, over het medicament Rilatine® (…) Er zijn nu echter aanwijzingen dat het medicament ook in België wordt misbruikt. Van deze tabletten zou poeder gemaakt worden dat vervolgens wordt gesnoven.*" [79]

Of dat de voorbode is van een groter wordend probleem, zal de tijd uitwijzen. Maar we moeten in België zeker de nodige alertheid hanteren. De Nederlandse Gezondheidsraad wijst immers op het verband tussen stijgend misbruik van Rilatine® en het stijgend aantal

---

[1] BIRN is het Belgisch informatienetwerk voor drugs en drugsverslaving, gecoördineerd vanuit het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV).

voorschriften. Als we de evolutie van de verkoopscijfers van Rilatine® in België bekijken (zie hoofdstuk 2.2.3.), wordt duidelijk dat waakzaamheid aangewezen is.
Ook het stijgend aantal oproepen over Rilatine® bij het Antigifcentrum kan een indicatie zijn. Sinds 1994 worden cijfers over oproepen met betrekking tot Rilatine® geregistreerd. Daaruit blijkt dat er een duidelijke stijgende trend in te vinden is.



De dikke lijn in de bovenstaande grafiek geeft het aantal oproepen over Rilatine® weer, de dunne lijn het aantal gevallen van blootstelling en de stippellijn het aantal informatievragen. Het Antigifcentrum hanteert de term 'gevallen van blootstelling' voor verkeerdelijke inname, verkeerd ingenomen dosis en opzettelijke inname.
In 1994 waren er 8 oproepen waarin advies werd gevraagd over intoxicatie met Rilatine®. Vragen naar informatie over Rilatine® kwamen toen nog niet binnen. Sindsdien is het aantal oproepen duidelijk gestegen. Deze kent een bijna continue stijging. Het merendeel van de oproepen handelt over gevallen, informatievragen komen beduidend minder binnen.

Concerta®: beperking van het misbruikpotentieel

Veruit de meeste bevindingen over misbruik van methylfenidaat die in hoofdstuk 3.2.2. zijn aangehaald, betreffen het middel Rilatine®. Een alternatief voor Rilatine® dat duidelijk minder misbruikpotentieel herbergt, is Concerta®. Concerta® is een methylfenidaat met een langere werking. Groot voordeel inzake misbruik is dat Concerta® niet zomaar kan worden gebroken, verpulverd of opgelost. De actieve stof zit in een gel vervat. Intranasaal of intraveneus gebruik worden hierdoor onmogelijk.

Synthese hoofdstuk 3.2.

In voorgaand hoofdstuk werd reeds een link gelegd tussen ADHD en het verhoogd gebruik van cocaïne, alsook dat van cannabis, tabak en alcohol.
Alhoewel er in Europa en België slechts fragmentaire specifieke tekenen zijn van misbruik van methylfenidaat, is enige alertheid wel aangewezen. Het spectaculair stijgende gebruik van Rilatine® verhoogt de kans dat het product door sommigen zal worden misbruikt. In Australië en de Verenigde Staten, waar het methylfenidaatgebruik veel langer en veel sterker voorkomt, zijn er duidelijke aanwijzingen van misbruik op grotere schaal. Rilatine® doet er dienst als straatdrug.
Rilatine® wordt zowel intranasaal als intraveneus misbruikt, met daaraan verbonden duidelijke risico's op korte en lange termijn. Misbruik gebeurt vaak via bingeing (hoge doses in 1 keer). Dit leidde al tot dodelijke afloop. Personen met een overdosis methylfenidaat moeten worden opgenomen in de spoedafdeling, waarbij toediening van actieve kool, maagspoeling en medicamenteuze therapie aangewezen zijn.

3.3. De invloed van prenatale blootstelling aan middelengebruik op ADHD

Tal van onderzoeken toonden aan dat blootstelling aan middelengebruik in de prenatale fase het risico voor ADHD in de kindertijd verhoogt. Dat geldt voor een rits aan producten. De schadelijke effecten van passief roken op de gezondheid van (ongeboren) kinderen blijven onderbelicht, terwijl wel veel onderzoek naar deze effecten is verricht.

Blootstelling aan nicotine

Over de invloed van blootstelling aan nicotine is er in wetenschappelijke kringen eenduidigheid. Onderzoeksresultaten wijzen op een groter risico op ADHD-stoornissen bij kinderen wiens moeder tijdens de zwangerschap rookte[80]. Volgens een Nederlandse bron is het verband tussen passief roken en gedrags- en ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD wel voldoende aangetoond, maar nog niet ten volle vertaald naar preventie[81]. De aanwezige kennis over de negatieve gezondheidseffecten van meeroken door (ongeboren) kinderen verdient meer aandacht in voorlichtingscampagnes tegen het roken en bij de begeleiding van zwangere vrouwen. In een grootschalig Fins follow-up-onderzoek werd een verband gevonden tussen moederlijk roken en hyperactiviteit, ook na controle van tal van andere invloedsfactoren[82]. Het verband was het sterkst bij kinderen met jonge moeders uit lagere sociale klassen. De dosis van het tabaksgebruik tijdens de zwangerschap was gecorreleerd met de hyperactiviteit van het kind. De auteurs stellen dat stoppen of verminderen van roken tijdens de zwangerschap positieve gevolgen zou kunnen hebben op het latere gedrag van het kind.

Blootstelling aan alcohol

Over de invloed van prenatale blootstelling aan alcohol spreken de resultaten elkaar vaker tegen[80]. Amerikaans onderzoek bij Afro-Amerikaanse kinderen tussen 7 en 9 jaar toont aan dat kinderen met een foetaal alcoholsyndroom (FAS) vaker voor ADHD gediagnosticeerd worden en stimulerende geneesmiddelen voorgeschreven krijgen[83]. Toch blijken de beperkingen van beide groepen (kinderen met ADHD en kinderen met FAS) zich op een ander niveau te situeren: FAS-kinderen vertonen niet dezelfde neurocognitieve en gedragsmatige kenmerken als kinderen met ADHD als hoofddiagnose. Kinderen met ADHD vertonen vooral

tekorten inzake gedrag en het behouden van de aandacht, kinderen met FAS vertonen meer deficits in visuele en ruimtelijke vaardigheden, het omzetten van ontvangen informatie en de flexibiliteit in het oplossen van een probleem.
Een Zweedse follow-up-studie bij 24 jongeren tussen 11 en 14 jaar toonde aan dat de meerderheid van de kinderen wiens moeder alcoholmisbruik vertoonde tijdens de zwangerschap, problemen had met aandachtsstoornissen (gemeten op basis van DSM-III-R-criteria voor ADHD), naast leerstoornissen en een beperkte mentale achterstand[84]. De onderzoekers stellen dat zelfs het uit het biologisch milieu halen van het kind op jonge leeftijd als oplossing moet overwogen kunnen worden. Kinderen die in een pleeggezin opgroeiden, presteerden algemeen beter en kenden een betere levenskwaliteit. Zeker bij moeders die alcoholmisbruik blijven vertonen, zou plaatsing van het kind een beter alternatief kunnen zijn. Hierbij mag niet vergeten worden dat contact houden met de biologische moeder belangrijk is voor de ontwikkeling en identiteit van het kind.

Blootstelling aan illegale drugs

Over de invloed van prenatale blootstelling aan illegale drugs op ADHD werd slechts 1 referentie gevonden. Het betreft een Amerikaans longitudinaal onderzoek bij Afro-Amerikaanse kinderen, waarbij metingen plaatsvonden bij de geboorte en op 3-, 5- en 7-jarige leeftijd. Er werd vastgesteld dat prenatale blootstelling aan cocaïne een risicoverhogend effect heeft op aandachtsstoornissen tijdens de kindertijd, zelfs na controle voor andere significante variabelen (onder andere ander middelengebruik)[85].

Synthese hoofdstuk 3.3.

In de resultaten van verschillende onderzoeken werd een link gevonden tussen prenatale blootstelling aan middelen en een verhoogd risico op ADHD. Dat verband werd sterker consistent aangetoond voor prenatale blootstelling aan nicotine dan de prenatale blootstelling aan alcohol. Over de invloed van prenatale blootstelling aan cocaïne op ADHD werd 1 bevestigende bevinding gevonden.

3.4. ADHD en methylfenidaat in behandelingsprogramma's

3.4.1. ADHD als gegeven in de alcohol- en drughulpverlening

ADHD als invloedsfactor op behandelingsresultaten

De aanwezigheid van cliënten met ADHD is in de alcohol- en drughulpverlening een manifest gegeven. Vandaar dat de behandeling van het problematisch middelengebruik bij deze specifieke populatie de nodige aandacht verdient.
In 3 Amerikaanse onderzoeken kwam men tot de vaststelling dat adolescenten met ADHD-diagnose minder goede resultaten boekten in de behandeling van hun problematisch druggebruik. Het eerste onderzoek wees uit dat de onderzochte populatie adolescenten in de residentiële drughulpverlening vaak de dubbele diagnose van drugafhankelijkheid en geestelijke gezondheidsproble(e)m(en) vertoont. Een specifieke groep van jonge cliënten in de drughulpverlening die het vaker moeilijk heeft met behandeling en abstinentie, zijn die met ADHD[86].
Het tweede Amerikaanse onderzoek toonde aan dat bij adolescenten met ADHD-diagnose de behandeling van de drugproblematiek minder vaak succesvol was. De onderzoeksresultaten lijken erop te wijzen dat antisociale gedragsstoornis het verband tussen ADHD en slechtere

behandelingsresultaten beïnvloedt. Maar de auteurs geven zelf aan dat hun onderzoek te weinig cases omvatte om dat statistisch te staven[69].
Uit het derde transatlantische onderzoek, naar adolescenten met ADHD in een ambulant drugprogramma, bleek dat cliënten met ADHD meer polydruggebruik, een hoger piekgebruik en een lagere gemiddelde beginleeftijd voor alcohol vertoonden dan de niet-ADHD-controlegroep[87]. De leden van de ADHD-groep hadden in de behandeling van hun middelengebruik ook meer last van craving, hadden meer moeite om de behandeling vol te houden en kampten vaker met gevoelens van rusteloosheid tijdens de behandeling.
Een andere bron wijst op het belang van een adequate en juiste diagnostiek. De aanwezigheid van ADHD-symptomen, vooral in combinatie met CD, kan een negatieve impact hebben op de behandeling van problematisch middelengebruik indien de psychische problematiek niet goed gediagnosticeerd is.

Behandeling van ADHD als parallelle piste in de alcohol- en drug-hulpverlening

In Nederland werd in het kader van het protocol 'ADHD bij verslaving', dat Trimbos samen met 2 instellingen voor verslavingszorg op empirische basis ontwikkelde, gezocht naar een succesvolle behandeling bij comorbiditeit ADHD-problematisch middelengebruik[63]. De behandeling in De Grift en De Brijder bestond uit de verstrekking van methylfenidaat (in casu Rilatine®), psycho-educatie, coaching, lotgenotencontact en het betrekken van familie en belangrijke anderen bij de behandeling. Op basis van de ervaringen van betrokken hulpverleners, deskundigen en onderzoekers werd het voorschrijven van methylfenidaat als beste keuze in het behandelprotocol omschreven. In hoofdstuk 4 staat een meer gedetailleerde omschrijving van het behandelingsprotocol.
Nochtans pleiten andere referenties voor de nodige voorzichtigheid. Welk effect de medicinale behandeling van ADHD bij middelenafhankelijkheid heeft, is namelijk nog niet helemaal duidelijk[58]. Het toedienen van stimulantia om personen van hun afhankelijkheid af te helpen, lijkt controversieel. Er zijn gevallen bekend van Rilatine®-misbruik bij de behandeling van ADHD bij personen met afhankelijkheidsdiagnose. Omdat bij veel cliënten met een afhankelijkheidsdiagnose ook ADHD gediagnosticeerd wordt, moet de alcohol- en drughulpverlening wel alert zijn voor de diagnostiek en behandeling van cliënten met ADHD. In een 'positief' scenario slaat de ADHD-behandeling goed aan, omdat behandeling van het afhankelijkheidsgedrag meer effect heeft als er specifieke aandacht wordt gegeven aan de ADHD-behandeling. In een 'negatief' scenario is de overlap met andere stoornissen te groot om ADHD duidelijk te diagnosticeren, slaat de behandeling niet aan en komt misbruik van de stimulantia vaak voor. Zoals reeds gesteld omzeilen preparaten met langdurige werking én gering misbruikpotentieel laatstgenoemd euvel. Zorgvuldig toezicht op het gebruik van de medicatie kan het risico ook in de hand houden.
Het gebruik van andere medicatie wordt als succesvol aanzien in de behandeling van cliënten met ADHD in de alcohol- en drughulpverlening. Zo werd in de Verenigde staten onderzoek opgezet om het resultaat van 2 medicijnen, methylfenidaat en bupoprion, in de behandeling van cliënten met ADHD met een cocaïneafhankelijkheid met elkaar te vergelijken[70]. De resultaten van de bupropion-populatie inzake volhouden van de behandeling, ADHD-symptomen en craving waren vergelijkbaar met die van de methylfenidaat-populatie, wat de onderzoekers doet besluiten dat bupropion een even goed middel is. De verklaring voor de succesvolle behandeling met beide geneesmiddelen ligt in het verhogen van de synaptische dopamine, waardoor de neurologische 'deficits' voor respectievelijk de onderliggende psychiatrische stoornis en het dopaminetekort of de gebrekkige dopaminetoevoer (kenmerkend voor zowel cocaïnemisbruikers als personen met ADHD) behandeld wordt.

3.4.2. Methylfenidaat als gegeven in de alcohol- en drughulpverlening

Methylfenidaat in de behandeling van problematisch middelengebruik

Voor zover ons bekend, is tot op heden nog niet veel gepubliceerd over het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van problematisch middelengebruik. We geven hier een overzicht van de gevonden publicaties.

Recent onderzoek toont aan dat het gebruik van stimulerende medicatie niet enkel nuttig is voor de behandeling van ADHD-symptomen maar ook van problematisch druggebruik[30].

Dopamine-achtige stoffen zoals methylfenidaat (Rilatine®), bromocriptine (Parlodel®) en amantadine (Symmetrel®) worden gebruikt in de behandeling van problematische druggebruikers (voornamelijk amfetamines en cocaïne), omdat eerste resultaten aangeven dat zij

1. minder tot misbruik leiden;
2. vlugger effect ressorteren;
3. langer werken[6].

Cliënten die deze middelen toegediend krijgen, kennen minder craving en hervallen minder vaak. Grootschaliger onderzoek is nodig om uit te wijzen of de resultaten over de werkzaamheid uit deze studies van beperkte omvang wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden. Anderzijds kan methylfenidaat licht verslavend zijn en wekt het stimulatie op, een effect dat door druggebruikers wordt gezocht. Bromocriptine is een dopamimetische stof die dat misbruikpotentieel niet heeft, maar een aantal onprettige neveneffecten heeft. Amantadine is te verkiezen boven bromocriptine omdat het minder nevenwerkingen heeft en geen misbruikpotentieel herbergt.

Case studies over methylfenidaat in de behandeling van problematisch middelengebruik

In de doorgenomen literatuur staan 2 case studies beschreven waarin methylfenidaat wordt gebruikt in de behandeling van problematisch gebruik van respectievelijk cocaïne en het antidepressivum amineptine. In dit hoofdstuk worden de hoofdlijnen besproken, maar omdat het medicinaal behandelingsproces en de bekomen resultaten voor de hulpverlening interessant kunnen zijn, wordt een uitgebreidere omschrijving van beide case studies in bijlage 1 beschreven.

In de ene case study worden 3 personen met methylfenidaat (Rilatine®) behandeld voor hun cocaïneafhankelijkheid[88]. Rilatine® wordt als detoxmiddel gebruikt en bleek als dusdanig voldoende werkzaam: acute detoxsymptomen verdwenen snel en er werd geen craving vastgesteld. Op langere termijn, bij aangehouden doses Rilatine® tussen 30 en 70 mg per dag, bleken de personen geen gebruik van cocaïne of andere illegale drugs te vertonen, kenden zij een duidelijke verbetering van het gezondheidsbeeld en stonden zij rustiger en met een positiever zelfbeeld in het leven. De sociale relaties verbeterden, wat de (re)integratie in de maatschappij ten goede kwam (voornamelijk inzake arbeid).

In de andere case study worden 3 personen met methylfenidaat behandeld voor hun amineptinemisbruik[89]. Methylfenidaat bewees een goed detoxmiddel te zijn voor amineptine-afhankelijkheid. Het verbeterde ook bestaande of voortvloeiende gedrags- en affectieve stoornissen die gepaard gaan met zwaar amineptinegebruik. De aanbevolen maximale dosis voor klinisch methylfenidaatgebruik (60mg/dag) werd niet overschreden. Na een tijd kon bij 2 van de 3 personen zelfs de methylfenidaatdosis langzaam afgebouwd worden.

Ondanks deze positieve resultaten is er ook voorzichtigheid geboden bij het gebruik van deze middelen. De Nederlandse deskundige Carpentier stelt dat het gebruik van psychostimulantia als Rilatine® controversieel is, onder meer omdat nog weinig is geweten over het versla-

vingsrisico[37]. Daarom ontraadde de Nederlandse Gezondheidsraad in haar rapport van 2000 alsnog het gebruik in de verslavingszorg. Carpentier houdt een pleidooi voor het voorzichtige en zorgvuldige gebruik van Rilatine® in de verslavingszorg, omdat het op dit ogenblik het meest effectieve behandelingsmiddel is. Gebruik van Rilatine® moet volgens hem wel gekaderd worden in de naleving van 2 voorwaarden:
1) De effectiviteit van het middel moet objectief aangetoond worden, niet enkel op basis van het verhaal van de cliënt maar ook gestaafd door effectmetingen.
2) Een betrouwbare werkrelatie is nodig, waarin de cliënt de juiste dosering gebruikt en niet meer gaat gebruiken, geen bijgebruik heeft en zich aan de behandelingsafspraken houdt.
De behandelaar moet actief toezicht houden op naleving van deze voorwaarden.

Behandeling van methylfenidaatmisbruik

Zoals in hoofdstuk 3.2. beschreven, is er ook sprake van problematisch methylfenidaatgebruik. Hier geldt eveneens dat tot op heden nog niet veel gepubliceerd is over dit aspect. Over de behandeling werd 1 referentie gevonden, die vrij nauwkeurig het proces en de resultaten van de behandeling beschrijft[90]. Bij 2 mannelijke 60-plussers die reeds jaren elke dag 60 mg methylfenidaat voorgeschreven kregen, één van hen voor narcolepsie, wordt de dosis afgebouwd. Bij de ene gebeurt dat vrij abrupt, bij de andere gradueel. Dit gebeurde wel telkens met toediening van andere medicatie.
Bij de ene cliënt werd het methylfenidaatgebruik meteen stopgezet. Ondanks het toedienen van andere medicatie (flurazepam, stelazine, chlorprozamine, haloperidol) bleven ongewenste symptomen als onrust, irritatie en slapeloosheid en ontwenningsverschijnselen zich voordoen. Pas bij toediening van een lagere dosis methylfenidaat (30 mg) kwam er een duidelijke verbetering in de situatie, zelfs in die mate dat de persoon in kwestie met deze dosis uit behandeling ging en zich beter dan ooit voelde.
Bij de andere cliënt werd de dosis methylfenidaat geleidelijk aan afgebouwd. Over een periode van ongeveer 7 weken werd de dagelijkse dosis van 60 mg naar nul gereduceerd. Tijdens de behandeling werd wel andere medicatie toegediend (imipramine, trifluoroperazine, alprazolam, flurazepam). Alhoewel het verlangen naar de methylfenidaat-high tijdens de behandeling bleef bestaan, werd de persoon socialer en had hij veel minder te kampen met paniekaanvallen.
Op basis van deze casussen besluiten de onderzoekers dat een te abrupte stopzetting van methylfenidaat niet wenselijk is, zelfs niet met toediening van andere medicatie. Een graduele afbouw is te verkiezen.
De meer gedetailleerde beschrijving van het behandelingsproces en de resultaten zijn in bijlage 2 te vinden.

Synthese hoofdstuk 3.4.

ADHD is een manifest gegeven in de alcohol- en drughulpverlening. Niet alleen ligt het aandeel cliënten met ADHD opvallend hoog, cliënten met ADHD vertonen ook een uitgesprokener gebruik (meer polygebruik, hoger piekgebruik…). Algemeen vertonen cliënten met ADHD minder goede behandelingsresultaten. Dit zou te wijten zijn aan de vaak voorkomende comorbiditeit met antisociale gedragsstoornis (CD).
Behandeling van ADHD in de alcohol- en drughulpverlening is daarom van belang. Bij de medicinale behandeling is, onder meer wegens het misbruikpotentieel van de medicatie, voorzichtigheid geboden.
Methylfenidaat werd reeds gebruikt in de behandeling van problematisch middelengebruik, vooral van cocaïne en amfetamines. Het onderzoek hierover staat nog in de kinderschoenen –er zijn nog maar enkele case studies beschikbaar– maar verdient opvolging.
Over de behandeling van methylfenidaatmisbruik wordt 1 case study beschreven.

4. Aanknopingspunten voor de praktijk

4.1. Preventie en vroegdetectie

ADHD is de laatste jaren in de publieke aandacht gekomen. Dat blijkt uit de toegenomen persaandacht. In het recente verleden zonden tal van binnen- en buitenlandse tv-zenders reportages uit over ADHD. Ook in de geschreven media is ADHD een thema. In 2003 kwam ADHD in meer dan 100 krantenartikels aan bod[m]. In augustus 2003 verscheen in Weekend-Knack een artikel over kinderen met ADHD. In januari 2004 publiceerde Humo een artikel over ADHD bij volwassenen. Dat en het feit dat een belangrijke uitgeverij als Lannoo 2 boeken over ADHD uitgeeft voor een breed publiek van ouders, leerkrachten en andere pedagogen lijkt erop te wijzen dat ADHD een publiek thema is geworden.
Het is dan ook belangrijk om de bevolking objectief te informeren over ADHD. Symptomen van ADHD doen zich al op jonge leeftijd voor. Tegen de leeftijd van 7 jaar zijn de symptomen al duidelijk aanwezig. Op dergelijke jonge leeftijd zijn ouders en leerkrachten de belangrijkste begeleiders van het kind. Zij hebben een zeer belangrijke detectie- en signaalfunctie. Maar zij weten vaak onvoldoende waar ze kunnen op letten, waar zij terechtkunnen met vragen en waar zij naartoe kunnen voor hulp. Betrokken of geïnteresseerde personen kunnen worden ingelicht over wat ADHD is, hoe het zich uit, wat een degelijke diagnose hoort in te houden, welke behandelingsmethoden mogelijk zijn (met specifieke aandacht voor de meest gangbare aanpak, met name de medicinale), hoe de omgeving ermee kan omgaan. Bij professionele hulpverleners en bij relevante doelgroepen kan specifieke aandacht besteed worden aan de risicoverhogende invloed van prenatale blootstelling aan middelengebruik op later problematisch middelengebruik.

In Vlaanderen is een kennis- en expertisecentrum voorhanden: Centrum Zit Stil. Zij organiseren onder andere informatie- en thema-avonden en seminaries voor ouders en professionals. Het thema ADHD en middelengebruik komt beperkt voor in het aanbod van Centrum Zit Stil. Aangezien zij hiervoor een beroep doen op preventiewerkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), zou dit thema dieper uitgewerkt kunnen worden. Zo wordt de thematische expertise van het CGG-preventiewerk gekoppeld aan de meer algemene expertise vanuit Centrum Zit Stil. Bovendien kan gebruik worden gemaakt van beide kanalen.

Informatie geven aan alle belangrijke betrokkenen

De link tussen ADHD en (problematisch) middelengebruik en de medicinale behandeling zijn relevante onderdelen in alcohol- en drugpreventie. Vandaar lijkt het nuttig om jongeren, ouders en professionals informatie te geven over onder meer:

- Kenmerken van middelengebruik: informatie over middelen en het gebruik ervan. Mogelijke kapstokken zijn: Wat zijn drugs? Welke categorieën zijn er? Welke effecten geven ze? Welke variaties zijn er in middelengebruik? Welke andere elementen spelen een rol in middelengebruik? Wat is de rol van de omgeving? In welke mate zijn de individuele kenmerken van de gebruiker bepalend? Hoe verhouden deze elementen zich tot elkaar? In preventie is het belangrijk om op al deze componenten zicht te krijgen.

[m] Dit aantal is het resultaat van een zoektocht in de databank van Mediargus. In totaal zal het aantal artikels over ADHD nog heel wat hoger liggen, aangezien een aantal dagbladen niet in de databank zit.

- Signalen van middelengebruik: de omgeving kan letten op waarneembare signalen, zoals lichamelijke tekenen (moe, bleek, veranderd eetpatroon…), psychische gevolgen (irritatie, onvoorspelbaar gedrag, emotionele ups en downs), prestatievermindering (bijvoorbeeld op school), verlies van interesses, sterke veranderingen in vriendengroep… Het zich voordoen van deze veranderingen wijst niet per se op middelengebruik, maar waakzaamheid en het aangaan van een open gesprek hierover zijn aangewezen. Men kan er hoe dan ook van uitgaan dat deze signalen wijzen op ongemakken voor de jongere. Dit kan volledig los staan van middelen-gebruik.
- Preventieve handvatten aanreiken voor opvoeders: openheid tot dialoog en luisteren bewaren in plaats van non-communicatieve sanctionerende houding, duidelijkheid scheppen door gevoelens over middelengebruik te bespreken en samen duidelijke afspraken maken, indien nodig externe hulp zoeken bij preventiewerk, hulpverlening of andere professionelen (MST, arts, JAC…) in de regio, enzovoort.

Op basis van uit het praktijkwerk (straathoekwerk, hulpverlening…) verzamelde ervaringen zou ook een casus over Rilatine®-misbruik aan bod kunnen komen in de preventiesessies. Er zijn in België signalen dat Rilatine® wordt gebruikt als leerpil of als straatdrug.

Vroegtijdige detectie promoten

In het onderwijs is het mogelijk om vanaf de derde kleuterklas observaties te doen met betrekking tot hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtstekort[18]. Voortdurend in beweging zijn, van hot naar her 'fladderen', een korte spanningsboog vertonen bij de uitvoer van taken en moeilijk kunnen luisteren zijn tekenen die kunnen wijzen op een ADHD-symptomologie. Het is beter dat leerkracht en ouders dit tijdig bespreken. De andere begeleider kan de eigen perceptie daaraan koppelen. Het kan zijn dat de verhalen niet stroken. Sommige kinderen met ADHD zijn thuis vrij rustig maar op school heel druk, of omgekeerd. Vaak komt de tegengestelde situatie pas tot uiting bij zulk overleg. Dat toont het belang van de bespreekbaarheid aan. Overleg is dus cruciaal.

Bij een vermoeden van ADHD kan het, mits toestemming van de ouders, raadzaam zijn het Medisch Schooltoezicht (MST) in te schakelen. Zij kunnen de signalen verzamelen en de betrokkenen informeren over ADHD en de diagnosestappen. Verwijzing naar een specialist en verdere opvolging van het kind zijn eveneens taken die weggelegd kunnen zijn voor het MST.

Zorgvuldig omspringen met de diagnose ADHD

Zoals gesteld hebben begeleiders van het kind een belangrijke detectie- en signaalfunctie. Het is belangrijk om de signaaldrempel te verlagen. Maar te vlug conclusies trekken moet absoluut vermeden worden. Als men de lijst van mogelijke symptomen overloopt, is het niet verwonderlijk dat een ouder of andere begeleider hier en daar iets van het gedrag van het kind herkent. Dat betekent evenwel nog niet dat het kind ADHD heeft. Uit de DSM-IV-diagnosecriteria blijkt dat er pas sprake kan zijn van ADHD als het kind op minstens 6 criteria positief scoort, het kind de symptomen al voor de leeftijd van 7 jaar vertoonde, de symptomen zich minstens 6 maanden voordoen en als de beperkingen vanwege de symptomen op minstens 2 domeinen storend aanwezig zijn (bijvoorbeeld in sociaal en schools functioneren). Tevens moet in kaart gebracht worden of sommige symptomen niet toe te schrijven zijn aan pervasieve ontwikkelingsstoornissen of andere psychotische stoornissen. Overhaaste gevolgtrekkingen moeten dan ook opgevangen worden door de professionals die het kind en de begeleider volgen.

Goede preventie kan niet losgekoppeld worden van een goede screening en diagnose. Daarmee zitten we in de overgang naar het hoofdstuk over hulpverlening. Deze aspecten komen dan ook aan bod in het volgende hoofdstuk. Een lijst met publicaties, vormingen en

internetsites die ook voor preventie nuttig kunnen zijn, is aan het eind van hoofdstuk 4.2. te vinden.

Synthese hoofdstuk 4.1.

Door de toegenomen publieke aandacht voor ADHD en Rilatine® zal de vraag naar informatie navenant zijn. Informatie over ADHD wordt reeds door Centrum Zit Stil verstrekt. Een aanvullende bijdrage over de relatie met middelengebruik zou welkom zijn. Overleg en samenwerking tussen het CGG-preventiewerk en Centrum Zit Stil zou hieraan een concrete invulling kunnen geven.
Het is belangrijk om duidelijke informatie te geven over de fenomenen, de diagnose en eventuele behandelingsstappen. Vroegtijdige detectie vanwege de opvoeders (ouders, scholen…) verdient hierin een belangrijke plaats. Het oog hebben voor signalen en het bespreken van en omgaan met middelengebruik vormen de hoekstenen van een goede aanpak. Maar screening en diagnose moeten zorgvuldig en vakkundig gebeuren. Rilatine® verstrekken aan kinderen en jongeren zonder duidelijke ADHD-symptomen moet absoluut vermeden worden.

4.2. Hulpverlening

Wat de alcohol- en drughulpverlening betreft, zijn er 2 aspecten die belangrijk zijn in het kader van de behandeling van ADHD bij cliënten. Allereerst wordt aandacht geschonken aan screening en diagnose van ADHD bij cliënten, vervolgens wordt de behandeling van ADHD in het ruimere behandelplan bekeken.

4.2.1. (Dubbele) diagnose

Zoals reeds in voorgaande hoofdstukken meermaals aangehaald, ligt het aandeel personen met ADHD-symptomologie veel hoger in de alcohol- en drughulpverlening dan in de totale bevolking. Bovendien gaat ADHD vaak gepaard met andere psychologische of persoonlijkheidsstoornissen, zoals gedragsstoornissen (CD en ODD) en depressie. Vandaar dat een goede diagnose van ADHD meer dan wenselijk is, ook al is dat een moeilijke klus. Het meest gangbare diagnose-instrument voor ADHD (DSM-IV) is afgestemd op de leeftijd tussen 4 en 16 jaar. Aangezien problematisch middelengebruik zich vooral voordoet na die leeftijd en het ontwikkelen van een degelijk diagnose-instrument voor (jong)volwassenen nog in ontwikkeling is, wordt dit dus een moeilijke opgave.
Er zijn ernstige aanzetten in het ontwikkelen van in de hulpverlening toepasbare methodieken om ADHD eveneens in de behandeling te integreren. In Nederland leidde dit tot het uitwerken van een ADHD-protocol voor de behandeling van cliënten in de residentiële alcohol- en drughulpverlening. Het protocol staat uitgeschreven in de publicatie 'Protocol ADHD bij verslaving'[91]. Een tussentijdse evaluatie in het uittesten van het proefprotocol toonde aan dat het programma een duidelijke verbetering is inzake diagnostiek en behandeling van verslaafden met ADHD[62].
We beperken ons hier tot de hoofdlijnen. Voor het leescomfort refereren we voortaan naar deze publicatie als 'Protocol'.

Vanwege de comorbiditeit tussen ADHD en afhankelijkheid én andere psychologische of persoonlijkheidsstoornissen is een zorgvuldige diagnose onmisbaar alvorens een behandeling voor ADHD in te zetten. Het Protocol stelt 3 fasen voorop in de diagnostiek van ADHD:

1. screening
2. diagnostiek
3. diagnostiek bij heraanmelding.

Screening

Indien reeds in een vroeg stadium diagnose-instrumenten worden gebruikt, kan dat meteen een te grote belasting van de cliënt betekenen. Vandaar dat een eerste screening dit dient te voorkomen. De screening geeft een eerste indicatie en leidt tot een grove selectie. Naar schatting wordt nog ongeveer een derde van de cliënten met ADHD niet als dusdanig herkend. Daarom moet men alert blijven voor ADHD-symptomen bij cliënten wiens screening een negatief resultaat opleverde.

Voor de screening werd in het Protocol een self-report-vragenlijst uitgewerkt. Aan de cliënt worden 23 situaties, die sterk op de DSM-IV-criteria gebaseerd zijn, voorgelegd. Telkens moet de cliënt aangeven in welke mate zich de situatie voordoet/voordeed. Dat moet telkens gebeuren voor 2 referentieperiodes: tijdens de laatste 6 maanden en tijdens de kindertijd (0 – 12 jaar). Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

Aan de hand van de antwoorden kan een score worden berekend die het mogelijk maakt om een cliënt met een sterker ADHD-vermoeden te identificeren. Zekerheid over het zich voordoen van ADHD-symptomologie geeft de screening nog niet. Daarvoor is verdere diagnose nodig.

Diagnose

Cliënten die positief gescreend worden, dienen geïnformeerd te worden over het verdere verloop van de procedure. De volgende stap is diagnose. In die diagnose moet voldoende aandacht zijn voor andere mogelijke stoornissen.

2 diagnose-instrumenten zijn in het Protocol uitgewerkt. Eerst is er een leidraad voor een semi-gestructureerd interview. Er werden voor in totaal 22 thema's kernvragen uitgewerkt die aan de cliënt worden voorgelegd. Het tweede instrument is een op DSM-IV-criteria gebaseerde vragenlijst die de behandelaar na het interview invult en waarvoor, op basis van de berekende totaalscore, berekend kan worden of er sprake is van ADHD. Voorts is informatie uit heteroanamnese wenselijk, in de eerste plaats vanwege partner en ouders. Vandaar dat hiervoor uit een aantal vragen geput werd die ook in het semi-gestructureerde interview gebruikt worden.

Bij een positieve ADHD-diagnose dient men de cliënt voldoende informatie te geven over ADHD en de verschillende behandelingsmogelijkheden. Overleg tussen intaker, diagnosticus en opsteller van het behandelplan is aangewezen, onder andere om uit te maken hoe de ADHD-behandeling ingepast kan worden in de alcohol- of drugbehandeling.

Het Protocol stelt specifieke minimale kwalificaties voorop voor de diagnose en behandeling. Zo moet de behandelaar specifieke opleiding over diagnose en behandeling van ADHD bij volwassen gevolgd hebben en moet hij/zij minstens 25 volwassen ADHD-cliënten gediagnosticeerd en behandeld hebben. Er wordt tevens aangeraden een psychiater te betrekken bij de diagnose, hetzij om de diagnose te stellen, hetzij om supervisie uit te voeren naar de diagnostici toe. In het proefprotocol hebben artsen de cursus 'Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen' gevolgd, wat door de deelnemende artsen positief gewaardeerd werd[62].

In de evaluatie van het proefprotocol plaatste een sociaal-psychiatrische verpleegkundige vraagtekens bij het feit dat er in het Protocol slechts 1 vervolgdiagnostiek is voorzien, omdat

ook andere factoren (persoonlijkheidsstoornissen, jarenlang alcohol- en druggebruik…) de score kunnen beïnvloeden[62].

Bij heraanmelding

Het Protocol geeft aan dat bij heraanmelding de procedure hernomen moet worden. Wie bij een voorgaande screening negatief scoorde, kan opnieuw worden gescreend. Bij wie voorheen een positieve uitkomst opgetekend werd, kan vervolgdiagnose worden uitgevoerd. Is deze vervolgdiagnose eerder al uitgevoerd, kunnen de resultaten daarvan worden gebruikt. Werd eerder ADHD vastgesteld aan de hand van de screenings- en diagnoseprocedure, dan kan de behandeling starten (rekening houdend met de fase van het behandelprotocol waarin de cliënt terugkomt).

4.2.2. Behandeling

Nadat de diagnose is afgerond, moet gedacht worden aan een gepaste behandeling. Het Protocol geeft hiervoor een aantal criteria op:

- De geplande methode wordt neergeschreven in een individuele behandelovereenkomst.
- De cliënt is in staat en bereid tot samenwerking en naleving van afspraken.
- De cliënt is niet meer onder invloed van middelen.

Bij ernstige comorbiditeit en zich manifesterende onthoudingsverschijnselen raadt het Protocol aan om uitstel van behandeling te overwegen. Een andere referentie raadt aan de behandeling voort te bouwen op de volgorde van ernst[7]. Zo wordt in de comorbiditeit ADHD-depressie eerst de depressie aangepakt, bij combinatie met een persoonlijkheidsstoornis wordt aanbevolen eerst ADHD te behandelen omdat herstel van ADHD-symptomen het omgaan met persoonlijkheidsproblemen positief kan beïnvloeden.

Bij behandeling wordt vaak aan medicamenteuze behandeling gedacht. Wat de volwassenen betreft, toont recenter onderzoek aan dat het gebruik van stimulerende medicatie niet enkel nuttig is voor de behandeling van ADHD-symptomen maar ook van problematisch druggebruik[30]. Resultaten van een follow-up-onderzoek bij adolescente vrouwen naar de mate waarin middelenmisbruik en -afhankelijkheid, CD en ADHD verbeterden in een 16-weken durend ambulant behandelingsprogramma, lijken erop te wijzen dat behandeling zonder medicatie minder succes kent. De behandeling bestond uit wekelijkse therapiesessies over druggebruik en crimineel gedrag (zowel individueel als in groep), familietherapie en at random urinetests. Bij de follow up na 1 jaar bleek dat het middelengebruik terug naar het prebehandelingsniveau steeg. Op het vlak van ADHD leek er beterschap: niet wat het aandeel ADHD-gediagnosticeerden betreft, wel wat de sterkte van ADHD-symptomen aangaat. De onderzoeksresultaten lijken eerdere vaststellingen te bevestigen, dat het middelengebruik stand houdt ondanks verminderde symptomologie van CD en ADHD.

Maar behandeling enkel op basis van medicatie blijkt ook niet genoeg te zijn. Het aanbrengen van structuur en een rustige leefomgeving in het leven van de persoon met ADHD zijn eveneens noodzakelijk[2]. Net als in de reguliere alcohol- en drughulpverlening is een multidimensionale aanpak aangewezen. Het Nederlandse Protocol sluit zich hierbij aan. Volgens het Protocol wordt een behandeling opgebouwd met volgende elementen:

- Psycho-educatie: cliënten worden geïnformeerd over ADHD (kenmerken, mogelijke gevolgen, relatie met andere stoornissen…) en over de behandeling. De cliënt wordt geïntroduceerd in de thema's die bij coaching en lotgenotencontact aan bod komen (zie verder). Ouders, partner, gezin worden geïnformeerd over ADHD en de behandelings-stappen.

- Medicatie: wordt pas opgestart als abstinentie een feit is[n]. Vooraleer behandeling met medicatie te starten moet de cliënt eerst worden geïnformeerd over de aard, werking en nevenwerkingen. Aan de hand van een registratieformulier houdt de cliënt de behandelaar op de hoogte van de doses, werking en eventuele bijwerkingen. Registratie van medicijngebruik en effecten is nodig om tot een juiste dosering te komen. Daarom werd in het Protocol een registratieformulier opgenomen.
  Methylfenidaat (Rilatine®) is de eerste keuze. Om Rilatine® op juiste tijdstippen te laten nemen en om niet zonder het middel te vallen, werd aan de cliënten een medicijndoosje en een horloge met optisch signaal gegeven[62]. Met het gebruik van Concerta® zou het probleem van de korte werkingsduur wegvallen. Door de minder repetitieve toediening kan de therapietrouw bij Concerta® ook hoger liggen dan bij Rilatine®.
  Mogelijke alternatieve medicijnen zijn Imipramine en Bupropion. Voorschriften inzake dosering staan in het Protocol vermeld. Een Amerikaanse bron vermeldt nog een ander product: het gebruik van Atomoxine bij gezonde vrijwilligers met een licht drugverleden geeft geen subjectieve effecten zoals methylfenidaat dat doet en vertoont geen misbruikmogelijkheden, zodat het een veelbelovende kandidaat is voor de verdere ontwikkeling als middel ter behandeling van ADHD[15].
  Toch is er enige voorzichtigheid geboden in het gebruik van Rilatine® binnen de alcohol- en drughulpverlening[37]. Daarbij dienen 2 voorwaarden absoluut te worden nageleefd:
  - De effectiviteit van het middel moet objectief aangetoond worden, onder andere aan de hand van een regelmatige effectmeting.
  - De behandelaar houdt actief toezicht op naleving van de afspraken over inname van de medicatie.
- Coaching: de cliënt wordt gecoacht in het aanleren van mede door ADHD onvoldoende ontwikkelde vaardigheden in belangrijke levensgebieden. Dat houdt in: het geven van informatie, het actief trainen van vaardigheden en het begeleiden bij het omzetten van de vaardigheden in de praktijk. De begeleider treedt sturend op en neemt initiatieven, zonder de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf weg te nemen. Die blijft verantwoordelijk voor het leren omgaan met de eigen beperkingen. Het Protocol beschrijft 5 modules voor coaching.
- Lotgenotencontact: het wekelijks gedurende 1 uur en in aanwezigheid van een hulpverlener met lotgenoten bespreken van ervaringen met ADHD in samenhang met verslavingsproblemen. Een ronde over omgaan met medicatie (omgang met voorgeschreven medicatie, effecten…) is een vast onderdeel. Daarnaast worden ook aspecten als weekplanning, financieel beheer en sociale relaties besproken.
- Systeembenadering: met ‘systeem’ wordt de onmiddellijke omgeving van de cliënt bedoeld (partner, ouders, familie). Het is belangrijk om hen vroeg bij de behandeling te betrekken en degelijk te informeren. In het Protocol gebeurt dit aan de hand van een informatiefolder over ADHD bij volwassenen. Belangrijke anderen kunnen ook bijdragen leveren in de diagnostiek, in het monitoren van de effecten van behandeling en in het mee opvolgen van de behandeling.
- Andere behandelingsonderdelen:
  - psychotherapie om het plotse besef van de ADHD-problematiek en het moeilijk kunnen lossen van het vertrouwde gedragspatroon te begeleiden;
  - terugvalpreventiegroepen, met ruimte voor voorlichting over ADHD en de behandeling van ADHD;
  - sociale vaardigheidstraining, inspelend op specifieke omgangsproblemen die mensen met ADHD kennen.

---

[n] In het proefprotocol was de behandeling in beide proefsettings abstinentiegericht.

Een informatieve, directieve en steunende houding van de teamleden naar de cliënt toe is noodzakelijk. De cliënt moet middels goed gestructureerde en niet al te lange sessies besef krijgen van de impact van zijn gedrag, zonder dat dit schuldinducerend mag werken.
Kennis over de ADHD-thematiek evenals over alcohol en drugs is onontbeerlijk. Het mag duidelijk zijn dat specifieke opleidingsnoden kunnen opduiken bij de professionelen in de hulpverlening (teamleden, diagnostici…).
In het Protocol staan een aantal mogelijke valkuilen in de diagnose en behandeling van ADHD opgesomd:

- ADHD wordt gekenmerkt door aspecifieke symptomen die ook bij andere stoornissen voorkomen.
- De behandeling met methylfenidaat is omstreden.
- Er is kans op misbruik van Rilatine®, waardoor de cliënt om andere redenen deze medicatie vraagt.
- Starten met methylfenidaat als diagnostisch criterium, vanuit de foutieve redenering 'werkt het, dan zal het wel om ADHD gaan'.

Naast het Nederlandse 'Protocol ADHD bij verslaving' verdient een ander, Amerikaans behandelingsmodel voor ADHD in de alcohol- en drughulpverlening de nodige aandacht. De aanpak is van een heel andere orde. In een klinische setting voor adolescenten en jongvolwassenen (16-25 jaar) met alcohol- en drugproblemen werd een behandelingsmodel voor ADHD uitgewerkt op basis van 'sensory integration treatment' (SIT)[86]. SIT werd 3 decennia geleden ontwikkeld voor onrustige kinderen. In het behandelingsmodel wordt SIT gebruikt om de cliënt in staat te stellen om het neurologisch systeem beter te organiseren, zodat de cliënt vatbaar wordt voor traditionele 'recovery'-technieken om van de alcohol- of drugafhankelijkheid af te raken. Het behandelingsmodel werd getest en geëvalueerd.
Personen die duidelijke symptomen vertonen van hyperactiviteit en/of impulsiviteit komen in aanmerking voor de SIT-behandeling. Zij worden naar een gespecialiseerde gedragstherapeut verwezen. De therapeut test hun functioneren en overloopt de SIT-technieken die de cliënt meer op zijn gemak kunnen doen voelen in de omgeving. De resultaten van de SI-'assessment' worden gebruikt voor het uitwerken van een interventieplan. De cliënten zien de gedragstherapeut 2 à 3 keer.
Verschillende technieken worden in SIT toegepast, waaronder schrobmassage, lichaamscompressie, trampolinespringen en massages. Samen met de gedragstherapeut worden de meest geschikte technieken gekozen. De cliënt voert deze technieken nadien zelfstandig uit. Dat hoeft niet in de setting te zijn. Een aantal technieken, zoals diepe relaxatie en ademhalingsoefeningen, wordt wel in de setting uitgevoerd, al dan niet in groep.
Na 10 dagen volgt een opvolgsessie. De SIT-strategieën worden in de afhankelijkheidsbehandeling geïntegreerd en nadien in een semi-residentiële setting ('halfway house'-faciliteit) gecontinueerd. Ouderlijke participatie in het programma is in principe niet aanwezig.
Dit behandelingsmodel werd getest bij 10 cliënten. Zij gaven aan dat hun onafhankelijkheid en hun verantwoordelijkheidszin verhoogden en dat ze opener staan tegenover hun omgeving. Dit laatste is een belangrijk resultaat. Immers, door de voortdurende extreme onrust heeft een jong persoon met ADHD het moeilijk met bijvoorbeeld fysieke 'closeness' en het aandacht houden in groepsbehandelingen. De cliënten die de SIT-behandeling volgden, gaven ook aan dat ze meer controle kregen over hun angsten en dat hun impulsiviteit en onrust verminderden. Ze hadden het gevoel controle te hebben over hun eigen drugbehandeling. Alle cliënten die de SIT-behandeling volgden, volgden die tot op het einde.

Zowel het Protocol als de SIT-behandeling zijn uitgetest bij een eerder kleine groep (respectievelijk 26 en 10 cliënten). Om de betrouwbaarheid van de eerste resultaten te toetsen, is bijkomend onderzoek aangewezen.

4.2.3. Bijkomende informatie (referenties)

⇨ ***Publicaties***

Van de Glind, G., Eland, A., van Duin, D. (2003). *Protocol ADHD bij verslaving.* Utrecht: Trimbos-Instituut.

Kooij, J.J.S. (2002). *ADHD bij volwassenen. Inleiding in diagnostiek en behandeling.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Wenning, H., Santana, M. (2002). *AD(H)D een volwassen benadering. Individuele coaching en groepsbehandeling.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Ten Brink, E. (2003). *Pubers met ADHD. Een ouder-trainingsprogramma.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Barkley, R. (2001). *Diagnose ADHD.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Centrum Zit Stil (2003). *ADHD en drugs.* Wilrijk: Zit Stil.

⇨ ***Cursussen***

Centrum Zit Stil heeft een vormingsaanbod voor ouders en professionals. Een greep uit het aanbod:

- oudertraining
- werkhoudingtraining voor kinderen
- trainingen voor leerkrachten en CLB-medewerkers
- aanbod op maat: adviesgesprekken voor leerkrachten en/of CLB-medewerkers
- nascholingsproject 'zorg voor zorg', voor zorgcoördinatoren
- psycho-educatie voor jongeren tussen 13 en 16 jaar
- intervisiegroep voor hulpverleners over ADHD bij volwassenen
- individuele adviesgesprekken voor deskundigen

⇨ ***Internetadressen/telefonische informatielijnen***

www.zitstil.be	website van Centrum Zit Stil, Vlaams kennis- en expertisecentrum over ADHD
www.adhdbijvolwassenen.nl	rijk gestoffeerde website over ADHD bij volwassenen van het psycho-medische centrum Parnassia (Nl)
www.hersenstorm.com	uitgebreide website van de stichting Antenna (Nl) met gepopulariseerde informatie over tal van ADHD-topics
Druglijn (078 15 10 20)	infolijn waar men in de week tussen 12u en 21u en zaterdag tussen 15u en 21u anoniem terecht kan met vragen over middelen(gebruik)

Synthese hoofdstuk 4.2.

De behandeling van ADHD bij cliënten in de alcohol- en drughulpverlening is een complex gegeven. Je vertrekt vanuit een comorbide situatie met ADHD en problematisch middelengebruik. Dit wordt vaak nog verzwaard door bijkomende comorbide stoornissen en bemoeilijkt door het vooralsnog ontbreken van een beproefde ADHD-diagnose bij volwassenen.
In Nederland heeft men voor de residentiële hulpverlening een protocol uitgewerkt voor de behandeling van ADHD bij problematisch middelengebruik. In de diagnose staan 3 onderdelen centraal: screening, diagnose en procedure bij heraanmelding. Inzake behandeling wordt een multidimensionale aanpak gepropageerd, met daarin aandacht voor medicinale behandeling van ADHD (mits de nodige voorzichtigheid en het maken en controleren van duidelijke afspraken tussen behandelaar en cliënt), psycho-educatie, coaching, lotgenotencontact, systeembenadering en andere mogelijke behandelingsonderdelen.
Een ander vermeld behandelingsmodel is gebaseerd op 'sensory integration treatment', waarin gedragstherapeutisch gewerkt wordt met verschillende sensorische relaxatietechnieken.
Beide modellen werden geëvalueerd en kwamen tot positieve resultaten. Gezien hun kleinschalige testopzet is het de vraag of deze modellen ook op grote schaal dezelfde resultaten kunnen voorleggen. Maar ze verdienen alleszins de nodige aandacht.

4.3. Onderzoek

Ondanks en voor een stuk ook dankzij de vooruitgang die men de laatste jaren boekte in het streven naar een goede aanpak voor ADHD blijven er nog voldoende domeinen waar bijkomend onderzoek aangewezen lijkt.
Prevalentieonderzoek lijkt in België onbestaande. Buitenlandse prevalentiegegevens zijn vrij consistent en zijn dus een goede schatter voor het aandeel met ADHD gediagnosticeerde personen, maar toetsing blijft wenselijk. Niet in het minst om verklaringen te zoeken voor de zeer sterk stijgende verkoop van Rilatine®.

De zoektocht naar betrouwbare diagnose-instrumenten voor ADHD bij volwassenen duurt voort. Evaluatieonderzoek van de reeds ontwikkelde tools kan de zoektocht naar een betere diagnostiek een stuk voorthelpen. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van diagnose-instrumenten voor ADHD die in de alcohol- en drughulpverlening gebruikt worden, kan bestaande instrumenten toetsen en verder verbeteren.
Wat de behandeling van ADHD betreft, verdient de nutriciële behandelingspiste de nodige aandacht. Onderzoeken hierover waren tot dusver eerder beperkt en kleinschalig. Om de betrouwbaarheid van deze behandelingspiste te onderzoeken, is meer grootschalig onderzoek nodig.
De eerste bruikbare methoden voor een behandeling van ADHD in de alcohol- en drughulpverlening zijn voorhanden. Indien deze zouden worden toegepast in Vlaanderen, zou daaraan gekoppeld evaluatieonderzoek nuttige resultaten kunnen opleveren over de bruikbaarheid in onze regio. Tevens zijn die bruikbaar voor de verdere verfijning van de methoden.

Onderzoek naar het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van problematisch middelengebruik staat nog in de kinderschoenen. De eerste, veelbelovende resultaten van kleinschalig onderzoek dienen getoetst te worden op grotere schaal.

Lynskey en Hall geven nog enkele interessante pistes voor bijkomend onderzoek naar ADHD en de relatie met middelengebruik [30]:

- Onderzoeken naar de relatie tussen ADHD in de kinderjaren en later middelengebruik hebben te weinig oog voor de heterogeniteit van het begrip 'middelengebruik'. Toekomstig onderzoek zou meer onderscheid moeten maken naar de verschillende soorten van middelengebruik (producten, gebruikspatroon, graad van afhankelijkheid…). Dat gebeurt bij voorkeur op basis van gestandaardiseerde diagnosecriteria.
- Het gebrek aan differentiatie in onderzoek geldt ook voor het fenomeen ADHD. Er wordt te weinig onderscheid gemaakt tussen de 3 types van ADHD. Dit lijkt nochtans een zeer relevant gegeven. Recente onderzoeken geven immers aan dat problematisch middelengebruik vooral bij het hyperactieve ADHD-type voorkomt.
- Tot dusver werden de meeste onderzoeken uitgevoerd in een steekproef met bijna uitsluitend mannen. Het feit dat mannen oververtegenwoordigd zijn in zowel de ADHD-hulpverlening als de alcohol- en drughulpverlening mag geen alibi zijn om bijkomend onderzoek naar genderspecifieke aspecten in ADHD en middelengebruik te verwaarlozen.

Synthese hoofdstuk 4.3.

Inzake onderzoek naar ADHD, de verkoop van methylfenidaat en het onderliggende verband is België nog onontgonnen gebied. Nochtans behoeft de mogelijk opkomende publieke discussie hierover de nodige wetenschappelijke onderbouw.
Voor een betrouwbare ADHD-diagnose bij volwassenen is verder onderzoek nodig.
Aanvullend onderzoek bij vrouwen zou genderspecifieke aspecten meer aan het licht kunnen brengen.
Het merendeel van de aangehaalde onderzoeksresultaten komt uit kleinschalig onderzoek. Bijkomend (evaluatie)onderzoek van behandelingsmodellen zou de eerste veelbelovende resultaten kunnen toetsen en methodieken kunnen verfijnen.
Onderzoek over ADHD en middelengebruik moet wel meer oog hebben voor de differentiatie van beide fenomenen. Zowel ADHD als middelengebruik zijn heterogene begrippen en niet alle variëteiten mogen over één kam gescheerd worden.

5. Ervaringen in de sector: resultaten sectorbevraging

In maart 2004 werden het dossier ‘ADHD en middelengebruik’ en een vragenlijst naar alle organisaties in de alcohol- en drugsector verstuurd, met als bedoeling de ervaringen in de sector te achterhalen. Er werd door 25 respondenten een volledig ingevulde vragenlijst teruggestuurd. De vragen over ADHD in de eigen organisatie werden onderverdeeld in 3 groepen. Eerst werden 5 algemene vragen gesteld, vervolgens waren er 4 vragen voor preventiewerkers en als laatste onderdeel volgden 4 vragen voor hulpverleners.
Opmerkelijk is dat van de 25 respondenten er slechts 5 zijn die actief zijn in het preventiewerk. De overige respondenten komen uit de hulpverlening in de brede zin van het woord (psychiatrische ziekenhuizen, centra en afdelingen, ambulante en residentiële alcohol- en drughulpverlening, crisisinterventie, CGG-hulpverlening…).
De resultaten van de sectorbevraging werden voor verdere discussie voorgelegd op de VAD-infosessie van 28 april. Dat leverde onder andere aanvullende elementen op over de rol van het preventiewerk. De resultaten van de bevraging en de opmerkingen van de infosessie zijn ingewerkt in dit document.
Eerst wordt stilgestaan bij de plaats van ADHD en middelengebruik in het preventiewerk, nadien bij de plaats van de thematiek in de hulpverlening. In bijlage 4 staan de resultaten vermeld van de stellingen die werden geponeerd in de vragenlijst.

5.1. De ADHD-thematiek in het preventiewerk

Aandacht voor ADHD binnen proporties houden

Alle respondenten uit het preventiewerk geven aan dat er momenteel geen specifieke aandacht wordt besteed aan ADHD. Toch betekent dat niet dat dit een onbelangrijk randthema is. Zo krijgen de preventiewerkers wel eens vragen over ADHD en het gebruik van ADHD-medicatie. De toegenomen publieke aandacht voor ADHD en Rilatine® speelt hierin zeker een rol. Maar het alcohol- en drugpreventiewerk hoedt zich voor een te sterke focus op ADHD omdat dit slechts 1 relevant gegeven is binnen een veel ruimer geheel aan relevante invloedsfactoren.

Vragen over ADHD in de praktijk

Bij preventieactiviteiten met jongeren komt de ADHD-thematiek eerder indirect aan bod, bijvoorbeeld bij een vraag of speed iemand rustig kan doen worden. Voorts zijn er vragen rond Rilatine® als smartdrug en over de uitwisseling van Rilatine® onder leerlingen.
In preventieactiviteiten met ouders komen er wel eens vragen over het verband tussen ADHD, Rilatine® en druggebruik. Vooral vragen over het gebruik van Rilatine® worden dan gesteld. Vragen die aan bod komen, gaan over de invloed en het ‘verslavingsrisico’ van ADHD-medicatie, de bestaande therapiemogelijkheden en over welk middel inspeelt op de gemoedstoestand.
In het werken met intermediairen krijgen de preventiewerkers vooral informatieve vragen uit het onderwijs. Door preventiewerkers aangehaalde voorbeelden betreffen vragen over het omgaan met Rilatine®-gebruik in de school of het hoge gebruik van Rilatine® op doktersvoorschrift.

Publieke aandacht als misleidende spiegel

De toenemende publieke aandacht voor ADHD en de tegenstrijdige berichtgeving over medicatie leiden tot controverse en verwarring. Dat wekt bij sommige ouders weerstand tegen ADHD-medicatie op en wakkert bij andere ouders juist een sterke vraag naar die

medicatie aan. Het feit dat ADHD in de aandacht staat, wordt op zich positief onthaald voor de erkenning van mensen met ADHD maar gaf ook de ervaring dat het tegendraads werkt bij mensen die onterecht veronderstellen dat ze het hebben.

De nood aan correcte informatie

De alcohol- en drugpreventiewerkers vinden dat zij beter geïnformeerd moeten zijn over het gebruik van psychoactieve medicatie, onder andere in de behandeling van ADHD, voor als er hierover vragen komen. Het VAD-dossier 'ADHD en middelengebruik' en het recent verschenen VAD-Trendboek, met een specifieke focus op psychoactieve medicatie kunnen onderbouwde informatie aandragen om de vragen over ADHD, Rilatine® en middelengebruik beter te beantwoorden.

De hulpverlening als vragende partij

Bijna alle respondenten uit de hulpverlening vinden dat ADHD wel als apart thema in het preventiewerk dient te worden opgenomen. Zij zien een belangrijke rol weggelegd op het vlak van screening en diagnose, om zo het probleem sneller te kunnen detecteren. Sommigen zien de rol van het preventiewerk nog ruimer en zien psycho-educatie en het begeleiden van cliënten en hun omgeving als mogelijke taken voor het preventiewerk.

Synthese hoofdstuk 5.1.

Wat het alcohol- en drugpreventiewerk betreft, zijn de deelnemende preventiewerkers zelf geen vragende partij in het opnemen van ADHD als specifiek thema. Dit op basis van 2 voorname argumenten: in de dagelijkse praktijk komen eerder sporadisch vragen over ADHD of ADHD-medicatie aan bod en een te grote focus op ADHD riskeert dit aspect te overbelichten binnen het geheel van mogelijke determinanten. De preventiewerkers hebben wel nood aan onderbouwde informatie om op de vragen te kunnen antwoorden.
De hulpverlening ziet een belangrijke rol voor het alcohol- en drugpreventiewerk weggelegd. Dit geldt onder andere voor het verstrekken van objectieve informatie aan cliënten, ouders en intermediairen. Ook inzake promotie van vroegdetectie bij intermediairen zien de respondenten uit de hulpverlening een rol voor het preventiewerk weggelegd. Vraag is hoe de door respectievelijk preventiewerk en hulpverlening geuite wensen of voornemens verenigd kunnen worden. Om het even in markteconomische termen uit te drukken: de tegenstelling tussen de vraag vanuit de hulpverlening en het aanbod vanuit het preventiewerk mag niet leiden tot een tekort op de markt. Screening en vroegdetectie zijn belangrijke elementen die niet tussen de mazen van het net mogen vallen.

5.2. De ADHD-thematiek in de hulpverlening

De meeste respondenten uit de alcohol- en drughulpverlening geven aan dat hun organisatie in de regel geen specifiek hulpverleningsaanbod heeft voor cliënten met ADHD en hun omgeving. Toch blijkt dat het beschikbare behandelingsaanbod goed aansluit bij en aanpasbaar is aan een behandeling van de bijkomende ADHD-problematiek. Andere respondenten maken wel gewag van een specifiek aanbod. De bestaande behandelingsmodaliteiten worden verderop beschreven in de hoofdstukken over de behandeling van ADHD. Maar laten we eerst focussen op andere relevante aspecten.

Oog voor screening en diagnose

Er is aandacht voor screening en diagnose van ADHD in de categoriale alcohol- en drughulpverlening, zij het niet overal systematisch. De meningen lopen uiteen of dit systematisch

moet gebeuren. Er worden vragen gesteld bij de hoge kosten (tijd en geld) en er is de vrees voor stigmatisering van ADHD-cliënten. Meestal wordt de screening gebaseerd op klinische bevindingen. Indien er aanwijzingen zijn voor een ADHD-diagnose, wordt de diagnostiek opgestart.

Het belang van stabilisatie van het druggebruik wordt vermeld als voorwaarde om tot een goede diagnostiek te komen. Diagnose gebeurt aan de hand van een hele batterij methoden en instrumenten: DSM-IV-criteria, neuropsychologisch onderzoek, ADHD-vragenlijst van Sandra Kooij, hetero-/ontwikkelingsanamnese (ouders, school), intelligentietests (onder andere WAIS), aandachts- en concentratietests (onder andere Bourdon-Wiersma-test en 15-woordentest Rye), observatie in residentiële settings.

Voorts komen er in de antwoorden enkele knelpunten in de ADHD-diagnose aan bod. Zo wordt het ontbreken van een duidelijk differentiaaldiagnostisch instrument om comorbiditeit te achterhalen aangekaart. Schattingen geven aan dat een vrij hoog aandeel van de cliënten comorbiditeit tussen ADHD en CD[o] kent. Voorts kunnen gebruiks- en ontwenningsverschijnselen tot een verstoorde observatie leiden.

Sommige hulpverleningscentra doen een beroep op de deskundigheid in andere organisaties of afdelingen. Algemeen wordt aangegeven dat er nood is aan bijkomende opleiding over screening en diagnose van ADHD in de alcohol- en drughulpverlening.

Medicinale behandeling van ADHD

Een aantal organisaties geeft aan ervaring te hebben met medicinale behandeling van ADHD. Meestal wordt methylfenidaat als medicatie in de behandeling gebruikt. De vermelde resultaten zijn positief. Het gaat dan vooral om Rilatine® maar ook Concerta® wordt gebruikt vanwege de beter aangepaste toedieningsfrequentie en het vergemakkelijken van toezicht op de inname. De voordelen van dit laatste medicijn, in casu het geringere afhankelijkheids- en misbruikspotentieel, worden algemeen erkend. Andere medicijnen die worden gebruikt, zijn de nieuwere generaties antidepressiva: noradrenerge antidepressiva, SSRI of SNRI.

Toch is er ook enig voorbehoud bij het gebruik van potentieel verslavende producten merkbaar. De onvoldoende werking en de storende neveneffecten van methylfenidaat worden als negatieve ervaring aangegeven. Zo wordt misbruik van methylfenidaat (onoordeelkundig gebruik en doorverkoop) aangegeven als een negatieve ervaring. Men moet ook niet alle heil en hoop stellen in medicatie. Dat zou een verkeerde boodschap naar de cliënt kunnen zijn. Bovendien wordt ADHD-medicatie nog te vaak voorgeschreven zonder goede voorafgaande diagnose. De vraag van de cliënt naar een ADHD-behandeling kan gestuurd zijn door de vraag naar ADHD-medicatie.

Niet-medicinale behandeling van ADHD

Vaste onderdelen in de niet-medicinale behandeling van ADHD zijn het verstrekken van informatie aan de cliënt en zijn omgeving, door bijvoorbeeld psycho-educatie. Respondenten hebben ervaren dat dit positieve resultaten oplevert, onder andere gedragsmatige verbeteringen en verbeteringen op het vlak van middelengebruik. Het bespreekbaar maken van ADHD geeft de cliënt handvatten in het meer hanteerbaar maken van uitingen, wat niet alleen positieve resultaten oplevert voor het gedrag, maar ook voor het zelfbeeld en het controlegevoel.

[o] CD staat voor conduct disorder, wat in het Nederlands wordt vertaald als antisociale gedragsstoornis.

Andere, algemeen gangbare behandelingsonderdelen zijn psychotherapie, impulscontrole-training, creatieve therapie en werken aan sociale vaardigheden.
Structurering van de leefomgeving en psycho-educatie zijn bevorderlijk voor het beter kunnen controleren van ADHD-symptomen en het correct innemen van medicatie.
Een aantal respondenten wijst op het belang van een dichtere betrokkenheid van de familie, onder andere omdat ouders ADHD vaak aanzien als een vergoelijkende factor voor speed en cannabisgebruik. Initiatieven ter ondersteuning van de ouders, via gezins- of oudertherapie en gezinsbegeleiding, hebben algemeen hun nut bewezen. Een duidelijke beeldvorming over ADHD en middelengebruik is eveneens aangewezen. Dat kan eventueel gebeuren via doorverwijzing van ouders naar objectieve informatiebronnen.
Er is ook vraag naar verder onderzoek over alternatieve behandelingen, zoals cranio-sacrale behandeling en speciale diëten.

Invloed van ADHD op het behandelingsresultaat

De aangegeven ervaringen leren dat de aanwezigheid van een duidelijke ADHD-symptomatologie problemen geeft in de therapietrouw, ook in de medicinale therapie (zelfs met het langer werkende Concerta®). Dat blijkt ook duidelijk na het ontslag van cliënten met ADHD uit een residentiële setting. Er is een blijvende interferentie met middelengebruik en meer specifiek blijkt zelfmedicatie met cannabis vaker voor te komen.
Een ander aspect dat in de bevraging tot uiting kwam, is dat het voorkomt dat de cliënt na een positieve ADHD-diagnose geen verantwoordelijkheid meer opneemt voor het eigen middelengebruik. De diagnose leidt dan tot zelf-excuserend gedrag: “blame it on ADHD”.

ADHD als comorbide factor in de behandeling

ADHD komt regelmatig voor bij cliënten uit de hulpverlening. De aangegeven schattingen lopen uiteen van 10 tot 20%. Dat cijfer ligt alleszins hoger dan de algemeen geschatte prevalentiecijfers op populatieniveau (3 à 5% bij kinderen en jongeren, 1 à 3% bij volwassenen). De prevalentieverschillen tussen de leeftijdgroepen worden bevestigd door 1 respondent, die meedeelt dat ADHD slechts sporadisch bij volwassen cliënten opgemerkt wordt, terwijl er regelmatig een vermoeden van ADHD is bij jongere cliënten.
ADHD komt vaker voor bij gebruikers van illegale drugs en minder bij cliënten met een alcoholafhankelijkheid. Vaak gaat het gepaard met delinquent gedrag en stoornissen in de impulscontrole.
De gangbare causaliteit tussen ADHD en middelengebruik, waarbij wordt uitgegaan dat ADHD op jonge leeftijd een invloed heeft op later middelengebruik, wordt wel in vraag gesteld. De ervaringen in een organisatie leren dat typische ADHD-kenmerken als onrust, impulsiviteit en aandachts- en concentratiestoornissen sterk verminderen als de cliënt lang genoeg clean blijft.
Andere opgesomde onderliggende stoornissen zijn autisme, depressie, antisociale gedragsstoornissen, borderline en angststoornissen. De aanwezigheid hiervan bemoeilijkt een duidelijke aflijning van ADHD.

Vermelde casussen

In de vragenlijst werd gevraagd een casus te beschrijven. Ongeveer de helft van de respondenten ging hierop in. Dat leverde zeer diverse verhalen, waarin toch regelmatig vaste patronen terugkwamen. Deze zijn te bundelen in 7 topics:

- De meeste cliënten met ADHD bleken reeds op kinderleeftijd symptomen van de stoornis te vertonen, maar bij de meesten werd toen geen ADHD-diagnose gesteld. Als ADHD niet wordt gediagnosticeerd bij een cliënt met die stoornis, leidt dit vaak tot een frustrerend behandelingproces, zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt.

- In een aantal beschreven ADHD-gevallen is duidelijk sprake van comorbide stoornissen, in de eerste plaats gedragsstoornissen. Ook gezinsproblemen komen in de verhalen als verzwarende factor aan bod.
- Problematisch middelengebruik bij cliënten met ADHD gaat vaker over cocaïne, speed en cannabis. Maar ook alcohol en heroïne worden aangegeven.
- (Niet-behandelde) ADHD wordt als een storend element in de alcohol- of drugbehandeling ervaren: niet aan gangbare afspraken houden, (verbale) agressie, groepssessie verstoren, grotere kans op herval…
- Een aantal cliënten met ADHD werd met methylfenidaat behandeld en dat leverde positieve resultaten op. De aangegeven doses per dag schommelen tussen 30 en 36 mg.
- Ook de niet-medicinale behandeling van ADHD levert positieve resultaten op. Vermelde behandelingsonderdelen zijn het aanbrengen van structuur, psycho-educatie, individuele therapie rond het beter controleren van onrust en impulsiviteit, het aanleren en consolideren van de 5 G's (gebeurtenissen-gedachten-gevoelens-gedrag-gevolg), aangepaste individuele sessie (bespreking in start-stop-stijl) en ouderbegeleiding.
- De ervaringen in de medicinale en niet-behandelingen leveren soortgelijke positieve resultaten op in verschillende levensdomeinen: een geruststellend gevoel door de erkenning van het probleem, een betere sociale omgang, een verbeterd zelfbeeld, betere concentratie en prestaties, minder impulsiviteit…

De gedetailleerder beschreven casussen gaan in 5 gevallen over mannen en in 1 geval over een vrouw. Dit kan wijzen op een bevestiging van de vaststelling dat de aandacht voor ADHD en middelengebruik zich vooral bij mannelijke cliënten situeert.

Synthese hoofdstuk 5.2.

Uit de ervaringen in de alcohol- en drughulpverlening blijkt dat ADHD een manifest gegeven is, zowel in het zich voordoen van de stoornis binnen het cliënteel als in de aandacht die er aan wordt besteed in de behandeling. De stoornis wordt als een belemmerend gegeven in de alcohol- en drugbehandeling ervaren. Dit wordt dikwijls nog verzwaard door de comorbiditeit met andere stoornissen.

Er is al heel wat aandacht voor screening en diagnose. Toch voelt de sector nog nood aan bijkomende aandacht. Niet dat bij intake screening en diagnose van ADHD systematisch moet worden ingevoerd (dat gebeurt in de regel bij duidelijke aanwijzingen of vermoedens van ADHD). De nood vertaalt zich vooral in de vraag naar bijkomende opleiding omtrent screening en diagnose van ADHD.

Het invoeren van een specifieke ADHD-behandeling in de alcohol- en drughulpverlening wordt algemeen als wenselijk geacht. In een aantal organisaties zijn er al duidelijke aanzetten gegeven (onder andere op basis van het Nederlandse 'Protocol ADHD en verslaving'). Alleen is de vraag hoe representatief deze organisaties voor de hele sector zijn.

Alhoewel er een gezonde voorzichtigheid bij het gebruik van methylfenidaat merkbaar is, heeft de medicinale behandeling van ADHD duidelijk zijn intrede gedaan, met over het algemeen positieve resultaten. De sector erkent de voordelen van de verstrekking van Concerta©.

Er is voorts ruime aandacht voor niet-medicinale behandelingspistes: psycho-educatie, psychotherapie, werken aan sociale vaardigheden, het leren omgaan met impulsiviteit en onrust, structuur aanbrengen… De niet-medicinale aanpak geeft eveneens algemeen positieve resultaten. De bevragingsresultaten wijzen erop dat de combinatie van een medicinale met een niet-medicinale behandeling positief werkt. Al kan niet worden achterhaald wat de feitelijke meerwaarde van de gecombineerde aanpak is. Hoe dan ook zijn er geen aanwijzingen om de gecombineerde aanpak in vraag te stellen.

5.3. De vraag om op de hoogte gehouden te worden

Uit de bevraging komen ook voor de onderzoekswereld aanknopingspunten naar voor. Naast de nood aan specifieke bijscholing inzake ADHD-diagnose is er ook een algemene nood merkbaar in het op de hoogte blijven van ontwikkelingen en nieuwe bevindingen over ADHD en middelengebruik. Een aantal respondenten vermeldt de nood aan verder doorgedreven onderzoek naar ADHD binnen de verslavingszorg en acht het nuttig om op de hoogte te blijven van nieuwe bevindingen, inzichten en diagnose- en behandelingsmodaliteiten. Uit de resultaten blijkt zelfs dat er hier en daar openheid is om samen onderzoek uit te voeren.

BIJLAGE 1

Case studies over het gebruik van methylfenidaat in de behandeling van problematisch middelengebruik

1) Case study van 3 personen die met methylfenidaat (Rilatine®) werden behandeld voor hun cocaïneafhankelijkheid [88]

- Casus 1 (♀, 33j, 55 à 60 gr cocaïne/week, intraveneus)
  Aanvankelijk kreeg deze vrouw driemaal daags 15 mg methylfenidaat als detoxbehandeling. Binnen de 24 uur waren de hallucinaties, illusies en andere acute symptomen verdwenen en kende ze een normale slaap. Ze leed niet aan craving. Gedurende 20 weken werd de dosis methylfenidaat gehandhaafd en nadien werd deze op aanraden van een psychiater verhoogd tot 55 mg dagelijks (5 mg bij de eerste 2 doses) en dit om haar premenstruele angst (premenstrual anxiety) en depressie te verlichten. Ze werd kalmer en verzorgder. De zwelling en zweren op haar armen en handen verdwenen, bloeddruk en pols bleven normaal, urinetests wezen uit dat er geen illegaledruggebruik is. Op het moment was ze meer dan 2 jaar cocaïnevrij.
- Casus 2 (♂, 38j, 1/2 gr cocaïne/dag met binge-momenten tot 3,5 gr per dag)
  Aanvankelijk kreeg deze man eveneens driemaal daags 15 mg methylfenidaat, maar omwille van de 'dysphoric high' werd dat al snel opgetrokken tot 6 à 7 keer 10 mg per dag. Dit regime werd tot het schrijven van het artikel, 2 jaar later, succesvol aangehouden. Vanaf het begin gaf de man verbeteringen aan (kalmer, gemotiveerder, verhoogd zelfwaardegevoel…). Er was geen craving, familiale relaties verbeterden, hij hield zijn schulden onder controle en was weer voltijds tewerkgesteld in een actieve baan. Zijn familie bevestigde deze verbeteringen.
- Casus 3 (♂, 23j, ADD-residueel-type, bij opname 10 gr cocaïne/dag, intranasaal)
  De aanvankelijke dosis van 10 mg methylfenidaat viermaal daags leverde geen verbetering op, zodat op de derde dag de dosis werd verhoogd naar 10 mg viermaal daags. Vanaf dan verlichtten de ADD-symptomen en de craving. In de eerste week zakte het cocaïnegebruik naar 2,5 gr per dag. In de tweede week werd een vijfde dosis van 10 mg toegevoegd, waardoor het dagelijkse cocaïnegebruik afnam tot 1,5 gr. Op vraag van de cliënt werd de dagelijkse dosis methylfenidaat 2 maal per week verhoogd tot 60 mg (laatste dosis verdubbeld) om niet langer in verleiding te komen om cocaïne te gebruiken tijdens vriendenavonden. Sindsdien was de man cocaïnevrij, blijkens urinetests. Na 5 maanden werd de dosis verminderd tot 10 mg driemaal daags, omdat de cliënt de indruk had dat hij teveel medicatie nam. Tot aan de verslaggeving bleef de cliënt succesvol op dit ritme.
  Sinds de start van de methylfenidaatbehandeling pleegde de man geen geweld meer tegenover familieleden, verhoogde zijn aandacht en kon hij zijn gedachten beter ordenen. Hij werkte al 10 maanden fulltime. De familie bevestigde de verbeteringen.

2) Case study van 3 personen die met methylfenidaat werden behandeld voor hun amineptinemisbruik (tricyclisch antidepressivum) [89]

- Casus 1 (♀, 57j, 1700 mg amineptine/dag bij opname)
  Na een initiële behandeling met dagelijks 35 mg Chlorazepate gedurende 5 dagen (met tal van ontwenningssymptomen), kreeg deze persoon 50 mg methylfenidaat per dag

toegediend en de ontwenningsverschijnselen verdwenen. Daaropvolgend werd de methylfenidaatdosis gradueel afgebouwd gedurende een week.

- Casus 2 (🚺 , 45 j, 1200 mg amineptine/dag bij opname)
  Ambulante behandeling, met 10 mg methylfenidaat per 200 mg amineptine. Op 2 maanden tijd werd het stopzetten van amineptine bereikt, zonder herval in haar depressie-symptomen. Nadien bleef de persoon op een dagelijkse dosis van 60 mg methylfenidaat doorgaan.
- Casus 3 (🚺 , 32 j, 4300 mg amineptine/dag bij opname)
  Detox gebeurde door dagelijks 10 mg methylfenidaat te geven per 700 mg amineptine. Nadien werd de methylfenidaat gradueel afgebouwd gedurende 7 dagen.

Alle 3 scoorden voor de DSM-III-R-criteria voor amineptinemisbruik en hadden geen voorafgaande afhankelijkheidsgeschiedenis.

BIJLAGE 2

Case study over behandeling van problematisch methylfenidaatgebruik [90]

- Casus 1 (61j) kreeg geen psychiatrische medicatie, behalve elke avond 15 mg flurazepam. De nachtrust was zeer fluctuerend, overdag was de man slaperig en bleef vaak in bed. Geleidelijk aan vond hij beter zijn plaats in de klinische routines, maar hij vertoonde vaker symptomen van irritatie en agitatie. Daarom werd de toediening van Stelazine gestart: aanvankelijk 6 mg per dag, uitbouwend tot 20 mg na 2 dagen. Na 10 dagen kloeg hij over methylfenidaatontwenningsverschijnselen en slapeloosheid. Toen kreeg hij eerst 800 mg Chlorprozamine per dag en vervolgens 400 mg Haloperidol per dag verstrekt, maar dit gaf geen verbetering in de gevoelens van irritatie en onrust. Daarom werd hem dagelijks 30 mg methylfenidaat verstrekt. Toen de man 2 maanden later ontslagen werd, voelde hij zich volgens zijn familie beter dan ooit.

- Casus 2 (67j) kreeg op de eerste dag van hospitalisatie 50 mg methylfenidaat toegediend. Na 3 en 6 dagen werd de dagelijkse dosis telkens met 5 mg teruggeschroefd. Nadien werd de dosis elke week gradueel verminderd met 10 mg per dag tot de man op een dagelijkse dosis van 10 mg methylfenidaat zat. Nog een week later werd daar nog eens 5 mg afgedaan en een dag later werd niets meer gegeven. Na 48 dagen was er geen methylfenidaat gebruik meer.

  Tijdens de behandeling werd wel bijkomende medicatie verstrekt. Zo werd eerst 150 mg imipramine gegeven, oplopend tot 250 mg op het moment dat de man aan 30 mg methylfenidaat zat. Bij het stopzetten van methylfenidaat werd de dosis imipramine opgevoerd naar 400 mg per dag. Deze dosis werd gecontinueerd na het ontslag. Tot dag 22 werd dagelijks 20 mg trifluor-operazine gegeven, nadien werd dit gestopt. Tot aan het ontslag werd dagelijks 3 à 4 mg Alprazolam gegeven om de opkomende gevoelens van angst en paniek te onderdrukken.

  Een eerste teken van verbetering vond plaats op dag 16, bij 35 mg methylfenidaat en 225 mg imipramine. Vanaf dag 25 werd lichte verbetering vastgesteld in gemoedstoestand en slaap, soms met behulp van flurazepam. Tegen dag 35, bij 20 mg methylfenidaat en 275 mg imipramine voelde hij zich helderder en was zijn denken minder onsamenhangend. Op dag 40 (bij 15 mg methylfenidaat) voelde hij zich even vaak goed als slecht. Hij vertoonde nostalgie naar de vroegere methylfenidaat-‘high’. Anderzijds viel op dat hij meer betrokken was in groepsactiviteiten en minder paniekerig was.

De auteurs besluiten hieruit dat een te abrupte stopzetting van de medicatie niet wenselijk is, zelfs niet met toediening van andere medicatie. Een graduele afbouw is te verkiezen.

BIJLAGE 3

Verklaringslijst voor de geciteerde producten

Alprazolam: benzodiazepine ter symptomatische behandeling van pathologische angst en spanningstoestanden, reactionele depressie en daarmee gepaard gaande angst en paniektoestanden. In België op de markt onder de naam Alpraz®.

Amantadine: in oorsprong een antiviraal geneesmiddel tegen influenza, eveneens gebruikt ter behandeling van Parkinson. In België te verkrijgen onder de naam Amantan®.

Amineptine: tricyclisch antidepressivum met veel nevenwerkingen, dat inwerkt op een brede waaier aan psychische stoornissen, naast depressie onder andere angststoornissen, hyperactiviteit en schizofrenie. In België beschikbaar als Redomex® en Tryptizol®.

Atomoxetine: generische naam voor een sterk aan methylfenidaat verwant stimulerend product. In Amerika op de markt onder de naam Strattera®.

Bromocriptine: endocrinologische werking bij verstoorde ovulatie en menstruatie; neurologische, dopaminerge werking bij ziekte van Parkinson (herstelt het neurochemisch evenwicht in het stratium). Merknaam in België: Parlodel®.

Bupoprion: andere naam voor amfebutamon. Het werd oorspronkelijk ontwikkeld als antidepressivum (in de Verenigde Staten als dusdanig op de markt), maar wordt hier gebruikt als middel om ontwenningsverschijnselen bij rookstop te verminderen. In België is Zyban® op de markt.

Chlorpromazine: antipsychoticum met veel nevenwerkingen en interacties. Vertraagt de dopaminedoorvoer en stimuleert het vrijkomen van prolactine. Onder meer gebruikt in de behandeling van schizofrenie, manie (bipolaire stoornis) en ernstige angststoornissen. Thorazine® is een verhandelde merknaam.

Clonidine: antihypertensivum, gebruikt om hypertensie en hypertensieve crises te controleren, alsook gebruikt ter behandeling van migraine, angststoornissen en hyperactiviteit. In België verkocht als Catapressan® of Dixarit®.

Desipramine: tricyclisch antidepressivum, dat naast de behandeling van depressie gebruikt wordt bij de behandeling van hyperactiviteit en cocaïne-afhankelijkheid. In België op de markt als Pertofran®.

Flurazepam: benzodiazepine met lange werkingsduur, vergelijkbaar met diazepam, gebruikt in de behandeling van insomnia. In België op de markt als Staurodrom®.

Guanfacine: centraal hypertensivum, gebruikt bij hypertensie die niet voldoende reageert op andere middelen. Estulic® is een guanfacine dat in België op de markt is.

Haloperidol: antipsychoticum dat gebruikt wordt in de behandeling van een variëteit aan psychische stoornissen: schizofrenie, manie, gedragsstoornissen, Tourette, angst-stoornissen… In België wordt het verkocht als Haldol®.

Imipramine: tricyclisch antidepressivum met eerder beperkt kalmerend effect, gebruikt in de behandeling van depressie, angststoornissen, hyperactiviteit en bedplassen. Tofranil® is in België op de markt.

Lorazepam: benzodiazepine met een intermediaire werkingsduur. In België verkrijgbaar onder verschillende merknamen, waaronder Temesta®.

Naloxon(e): narcotisch antagonist dat gebruikt kan worden bij acute intoxicaties met narcotische analgetica om bijvoorbeeld respiratoire depressie tegen te gaan. In België verkrijgbaar als Narcan® en Valtran®.

Pemoline: een aan amfetamines en methylfenidaat verwant stimulantium dat inwerkt op het centrale zenuwstelsel. In Amerika op de markt onder de merknaam Cylert®.

Risperidon: recent geïntroduceerd neurolepticum dat inwerkt op de symptomen van schizofrenie. In België is het merk Risperdal® op de markt.

Stelazine®: in Noord-Amerika verhandelde merknaam voor Trifluoperazine. Wordt voorgeschreven bij angst- en psychotische stoornissen.

Talwin®: merknaam van pentazocine, een opioïd analgeticum, dat wordt gebruikt als pijnstiller. Voor de Belgische markt kreeg het de naam Fortal®.

Talwin NX®: merknaam van Naloxone® op de Amerikaanse markt (in België: Narcan® of Valtran®). Opioïde antagonist die gebruikt wordt bij opioïde centrale depressie, alsook bij onder meer eetstoornissen en niet-opioïde overdoses.

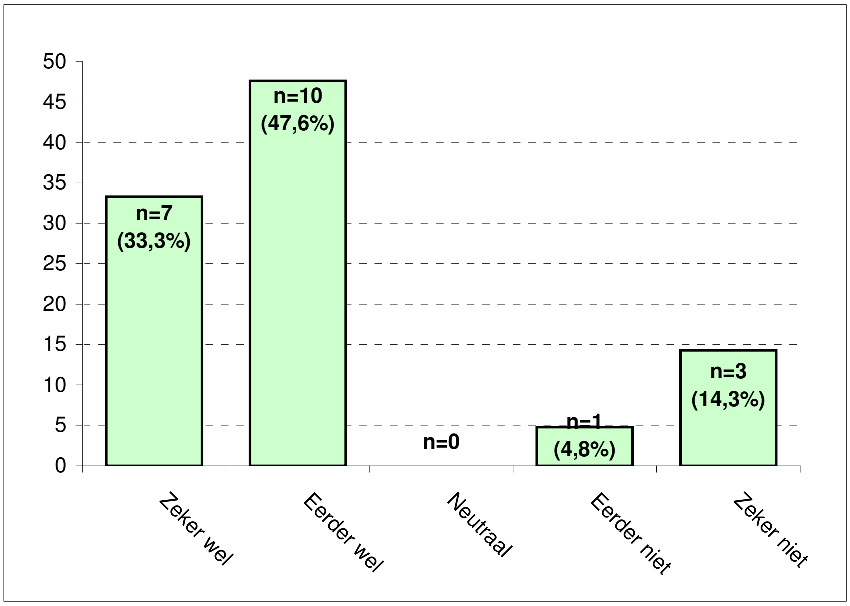
Trifluoperazine: antipsychoticum dat gebruikt wordt in de behandeling van verschillende psychische stoornissen, zoals schizofrenie en angststoornissen. In België blijkbaar niet op de markt. In Nederland verkocht als Terfluzine® en in de Verenigde Staten als Stelazine®.

BIJLAGE 4

Positionering tegenover stellingen (sectorbevraging)

In het tweede deel van de vragenlijst werden 6 stellingen geformuleerd, waarbij de respondent zich moest positioneren tegenover deze stelling. Daarnaast werd aan de respondent gevraagd om bij de stellingname een argumentatie te formuleren. Dat gaf voor de gehanteerde stellingen volgend resultaat.
Ter info: de cijfers in de grafiekbalken duiden op het aantal respondenten en –tussen haakjes– op het overeenstemmende percentage.

Stelling 1: Het is raadzaam dat het preventiewerk ADHD als thema opneemt.

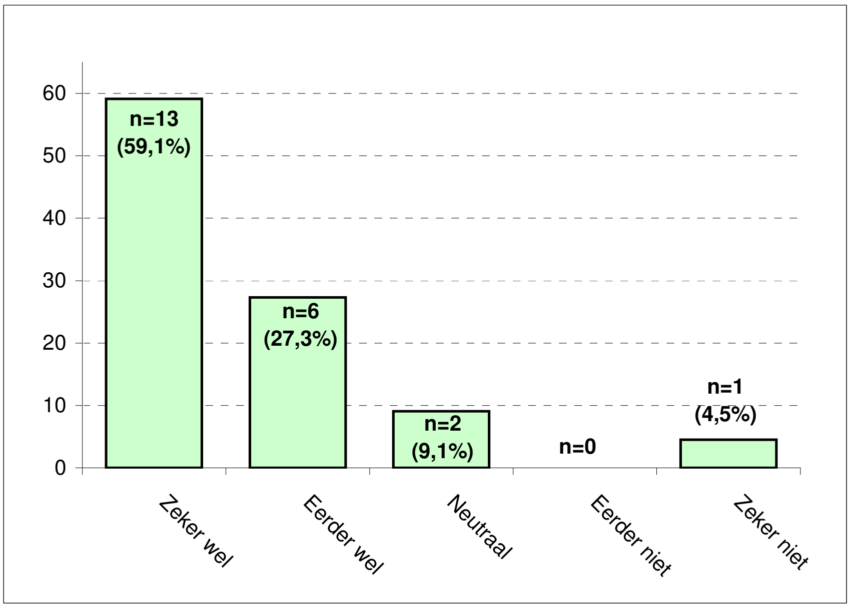


8 op de 10 respondenten vinden het raadzaam dat het preventiewerk ADHD als thema opneemt. Toch wordt vrij algemeen, ook door de voorstanders, gesteld dat een te grote focus op ADHD niet wenselijk is. Overdiagnostiek moet zeker vermeden worden.
Opvallend is dat bijna alle respondenten uit het preventiewerk niet (erg) te vinden zijn voor het idee om ADHD als thema op te nemen. Zij staan niet te springen om uit het complexe kluwen van mogelijke risico- en ontstaansfactoren van middelengebruik er één uit te lichten.

In de aangegeven argumenten die de antwoorden moeten staven, verwijzen de meeste voorstanders naar de rol die het preventiewerk kan opnemen inzake screening en diagnose omdat zo het probleem sneller onderkend wordt. Het feit dat kinderen met ADHD meer kans hebben op het ontwikkelen van problematisch middelengebruik is op zich een voldoende reden om het als specifiek aandachtspunt te weerhouden.
Het correct informeren van ouders, leerkrachten en andere intermediairen over kenmerken van ADHD maakt tijdig ingrijpen mogelijk, waardoor verdere gedragsproblemen en middelenmisbruik bij het kind of de jongere voorkomen kunnen worden. De preventiewerkers kunnen deze intermediairen informeren over de ADHD-symptomen, hoe je best met die symptomen kan omgaan en waar je terechtkan voor verdere hulp en begeleiding. Of, zoals

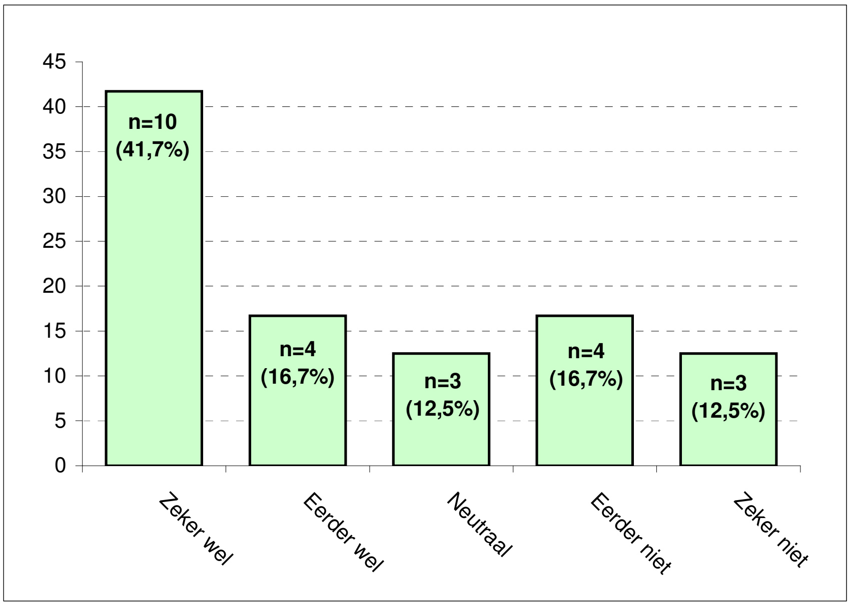
een respondent het algemeen omschrijft: meer kennis van zaken leidt tot een verbetering van de behandeling.
Anderen zien de rol voor het preventiewerk nog uitgebreider en formuleren vorming (onder andere psycho-educatie) en zelfs begeleiding als mogelijke toekomstige aandachtspunten, met een accent op opvoedingsvaardigheden zodat bij drukke kinderen de ADHD-symptomen zich minder ontwikkelen.
Zoals in hoofdstuk 2.1.1. reeds aangegeven, krijgen preventiewerkers af en toe vragen over ADHD en Rilatine©. Preventiewerkers moeten in eerste instantie goed geïnformeerd zijn en wetenschappelijk onderbouwd antwoord kunnen geven op vragen rond de ADHD-thematiek.

Stelling 2: Het is aangewezen dat in de alcohol- en drugsector bijkomende aandacht wordt besteed aan specifieke vorming in screening en diagnose van ADHD (en CD)



Hier is de tendens duidelijk. Bijna 9 op de 10 respondenten scharen zich achter de stelling dat het aangewezen is om in de alcohol- en drughulpverlening meer aandacht te besteden aan vorming inzake screening en diagnose van ADHD en eventueel ook CD. Een kleine minderheid uit zich hierover niet of is er tegen gekant.
Een aantal respondenten vindt de frequent voorkomende comorbiditeit tussen middelengebruik en ADHD (vooral het impulsieve type) op zich al voldoende om er meer aandacht aan te besteden. Een goede screening en diagnose zijn essentieel in het opstellen van een aangepast behandelingsplan en het nastreven van een beter behandelingsresultaat. Maar er is tevens het besef dat screening en diagnose geen evidente zaak is omwille van de comorbiditeit/differentiaal-diagnose. Specifieke vorming over deze aspecten en het op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen (onder andere over de veelbelovende vooruitgang in het ontwikkelen van ADHD-diagnose-instrumenten voor volwassenen) zijn daarom absoluut aangewezen.

Stelling 3: De alcohol- en drugsector moet Rilatine®-gebruik kritisch bekijken



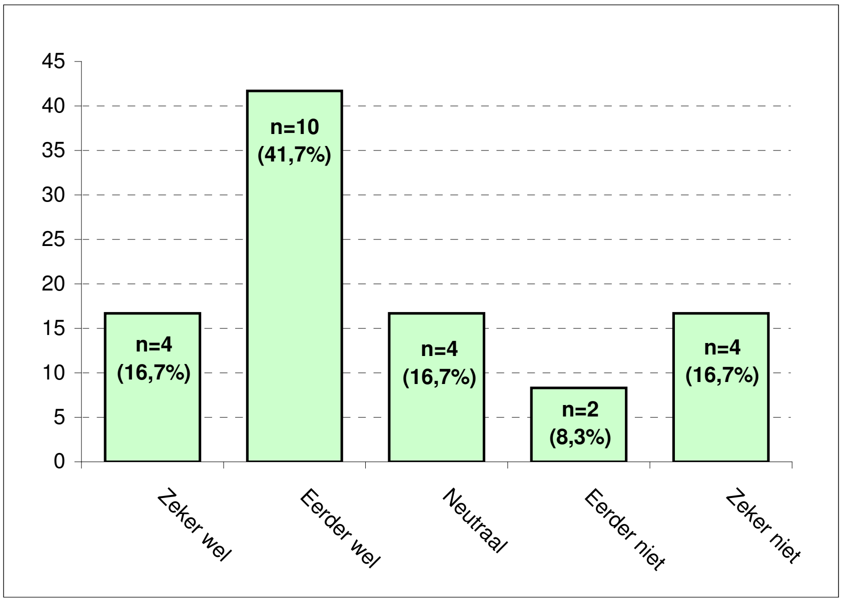
Een meerderheid vindt dat de alcohol- en drugsector het gebruik van Rilatine© kritisch moet benaderen, de meesten daarvan stellen dit zelfs zeer expliciet. De argumenten hiervoor zijn gevarieerd, maar tevens complementair en vormen zo een consistent geheel:

- De alcohol- en drugsetting moet het gebruik van medicatie in de behandeling altijd kritisch bekijken, omdat de kans op misbruik er altijd in zit.
- Een attitude/gewoonte bij cliënten dat je elk probleem kunt oplossen met een pilletje moet binnen de hulpverlening vermeden worden.
- Focus op de medicinale behandeling kan de aandacht voor een goede begeleiding en andere niet-medicinale behandelingen in de schaduw zetten.De indicatie om het middel voor te schrijven moet zorgvuldig gebeuren en enkel bij afwezigheid van middelenmisbruik. Sommige guidelines stellen eerder een gecontroleerde inname à la methadon voor.
- Heel wat mensen gebruiken het middel zonder ADHD te hebben.
- Rilatine© kent heel wat storende neveneffecten.

Een aantal respondenten koppelt de argumenten aan de stelling dat een goede diagnosestelling het belangrijkste blijft.

Respondenten die vinden dat de sector het gebruik van Rilatine© niet te kritisch moeten bekijken, beroepen zich op het feit dat een juiste diagnose het gebruik van een efficiënt middel rechtvaardigt. Lichtzinnigheid in het voorschrijven moet vermeden worden. Dat heeft niets met het middel op zich te maken, maar gaat eerder over beroepsernst en professionalisme.

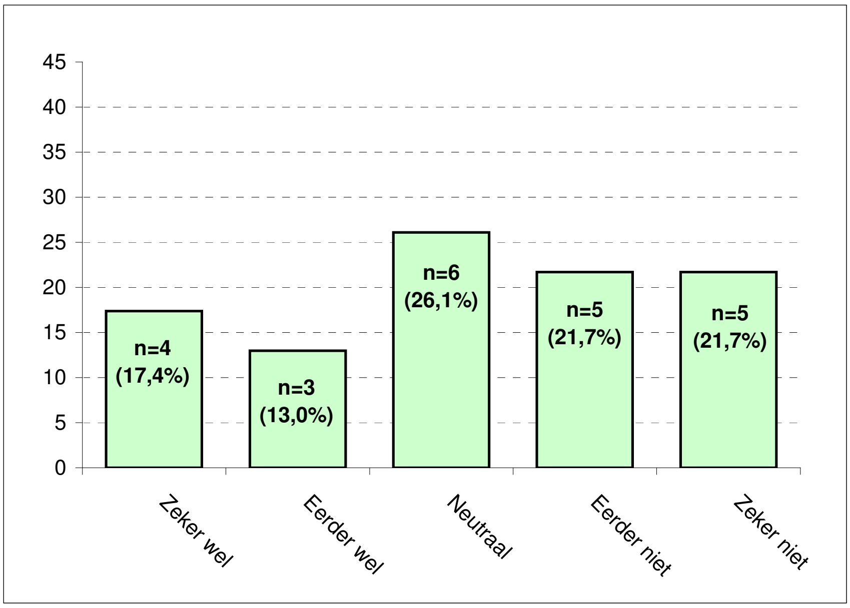
Stelling 4: De alcohol- en drugsector moet pleitbezorger zijn voor Concerta®, omwille van haar voordelen



Meer dan de helft van de respondenten is te vinden voor het bepleiten van de voordelen van Concerta© (de meesten eerder gematigd). Aangegeven argumenten om dat te doen, berusten meestal op de voordelen van Concerta© ten opzichte van Rilatine©: het geringere risico op afhankelijkheid en misbruik en het minder op jacht gaan naar een snelle roes door de langdurende werking.

Respondenten die vinden dat de alcohol- en drugsector geen pleitbezorger van Concerta© moet zijn, doen dit vanuit de algemene stelling dat de sector zich niet voor de kar van de farmaceutische industrie moet laten spannen. Het is aan hen om het middel te promoten. De sector moet het middel objectief beoordelen. Toch is er ook plaats voor enig voorbehoud. Zo geeft iemand aan dat het voordeel van Concerta© nog niet is bewezen. Een andere respondent stelt dat het meermaals per dag innemen, zoals dat bij Rilatine© gebeurt, dichter aansluit bij de leefwereld van de gebruiker.

Stelling 5: Een systematische screening en eventuele diagnose voor ADHD en CD bij elke intake is aangewezen



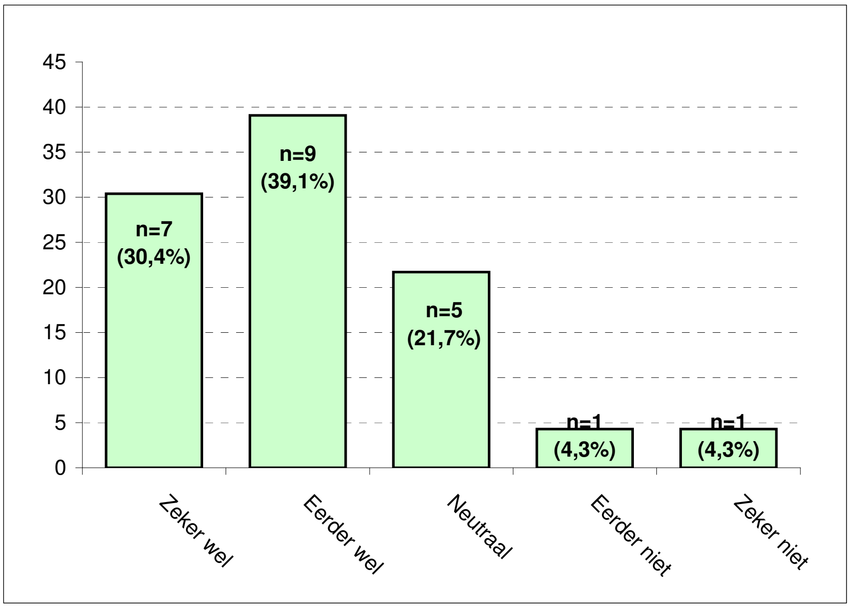
Hier liggen de antwoorden meer in evenwicht. Tegenstanders van een systematische screening en eventuele diagnose bij elke intake zijn iets talrijker dan voorstanders. Een kwart weerhoudt zich van een uitgesproken keuze.

Tegenstanders baseren zich voornamelijk op 2 argumenten:

- Een systematische screening/diagnose is duur en tijdsintensief en zonder bijkomende input moeilijk haalbaar voor de voorzieningen.
- Een te eenzijdige focus op ADHD is niet wenselijk, omdat dit tot stigmatisering en self-fulfilling prophecy kan leiden. Bovendien zijn ADHD en CD 'slechts' deelaspecten van een veel grotere waaier aan problematieken die screening behoeven. Het gaat ook niet om levensbedreigende factoren zoals aids en hepatitis.

Voorstanders en 'neutralen' zijn het onderling niet eens over de te volgen procedure. Een aantal van hen pleit voor een algemene, brede screening, waarna bij duidelijke indicaties gerichter rond ADHD-diagnose kan gewerkt worden. Anderen zijn te vinden voor een systematische screening en diagnose vanaf het begin van de behandeling.

Stelling 6: Het invoeren van een specifieke behandeling voor ADHD bij cliënten uit de alcohol- en drughulpverlening is aangewezen



Hier wijzen de neuzen weer meer in dezelfde richting. 7 op de 10 zijn voor het invoeren van een specifieke ADHD-behandeling, een vijfde kiest geen partij en 1 op de 10 is niet voor het idee te vinden.
Een aantal voorstanders geeft aan dat het invoeren van een specifieke ADHD-behandeling best voorwaardelijk bepaald moet zijn: áls er duidelijk sprake is van ADHD of áls de resultaten van de gangbare methodieken positief blijken te zijn. Anderen pleiten voor een niet te restrictieve opvatting voor de ADHD-behandeling, met oog voor psycho-educatie naar de cliënt toe en een gerichtere opvolging en meer begrip ten opzichte van cliënt en omgeving. Het Nederlandse Protocol 'ADHD en verslaving' wordt vermeld als een bruikbare leidraad.
Veel tegenargumenten leveren de tegenstanders hier niet aan. Een respondent pleit ervoor om ADHD-behandeling te integreren in een algemene behandeling.

Referenties

1. Verschaeren I. ADHD in vogelvlucht. In -. Zit Stil. Wilrijk: Centrum Zit Stil; 2003. p. 2-8.

2. Koopmans F. ADHD bij verslaafden. Spaghetti in je hoofd, kaboutertjes in je benen. De Hoop Magazine 2002: 27(5): 10-13.

3. Eberstadt M. Why Ritalin rules. Policy Review1999, 94, 24-44.

4. Stahl SM. Essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical *applications*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

5. Buitelaar JK, Kooij JJS. Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis-ADHD. Achtergronden, diagnostiek en behandeling. Ned Tijdschr Geneeskd 2000: 144(36): 1716-1723.

6. Fishbein DH, Pease SE. The Dynamics of Drug Abuse. Boston: Allyn and Bacon; 1996.

7. Paternotte A, Kooij S. Verslag symposium 16 februari 2001 VU Amsterdam “Nieuwe inzichten in diagnostiek en behandeling bij volwassenen met ADHD”. In: Nieuwsbrief ADHD bij Volwassenen, nummer 5, jaargang 3. mei 2001. http://www.adhdbijvolwassenen.nl/circ_volw2/zp_adhd/nieuwsbrieven/nbrief0503.html#01

8. Reclame Code Commissie – dossier 02.0249: beslissing van de Reclame Code Commissie (Kamer II) in de zaak van Nederlands Comité voor de rechten van de Mens, gevestigd te Amsterdam, klaagster, tegen Hersenstichting Nederland, gevestigd te Den Haag, verweerster (6 augustus 2002).

9. Halasz G, Vance ALA. Attention deficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspectives. Med J Aust 2002: 177(10): 554-557.

10. Bird HR. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. J Child Psychol Psychiatry 1996: 37(1): 35-49.

11. Jensen PS. ADHD: what we know and what we need to learn. http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/dadabepi.htm (4 februari 2004).

12. Kooij JJS. ADHD bij volwassenen. Neuropraxis 2002: 5(6): 201-206.

13. Sawyer MG, Rey JM, Graetz BW, Clark JJ, Baghurst PA. Use of medication by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. Med J Aust 2002: 177(1): 21-25.

14. Parr JR, Ward A, Inman S. Current practice in the management of Attention Deficit Disorders with Hyperactivity (ADHD). Child Care Health Dev 2003: 29(3): 215-218.

15. Heil SH, Holmes HW, Bickel WK, Higgins ST, Badger GJ, Laws HF, Faries DE. Comparison of the subjective, physiological, and psychomotor effects of atomoxetine and methylphenidate in light drug users. Drug Alcohol Depend 2002: 67(2): 149-156.

16. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Canadian Medical Association Journal 2003: 168(6): 715-722.

17. de Noord I. Sugar and spice, everything nice: sekse verschillen bij ADHD. Parnassia-nieuwsbrief 2002, 7.

18. Cverle P. Wat met psychische stoornissen op school? (afl. 2), ADHD. Caleidoscoop 1999: 11(3): 30-36.

19. Bailey WJ. Factline on non-medical use of Ritalin (methylphenidate). Bloomington: Indiana Prevention Resource Center; 1995.

20. West SL, Mulsow M, Arredondo R. Factor analysis of the attention deficit scales for adults (ADSA) with a clinical sample of outpatient substance abusers. American Journal on Addictions 2003: 12: 159-165.

21. Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van ADHD. Den Haag: Gezondheidsraad; 2000.

22. Harrison CA, Abou Saleh MT. Psychiatric disorders and substance misuse: psychopathology. In: Hussein Rassool G. Dual Diagnosis. Substance misuse and psychiatric disorders. Oxford: Blackwell Science; 2002. p. 43-57.

23. Danckaerts M, Heptinstall E, Chadwick O, Taylor E. Self-report of attention deficit and hyperactivity disorder in adolescents. Psychopathology 1999: 32(2): 81-92.

24. Simeon JG, Wiggins DM, Williams E. World wide use of psychotropic drugs in child and adolescent psychiatric disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1995: 19: 455-465.

25. Kim EY, Miklowitz DJ. Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. Bipolar Disorders 2002: 4(4): 215-225.

26. Tims FM, Dennis ML, Hamilton N, Buchan BJ, Diamond G, Funk R, Brantley LB. Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis users in outpatient treatment. Addiction 2002: 97(suppl. 1): 46-57.

27. Mc Gee R, Prior M, Williams S, Smart D, Sanson A. The long-term significance of teacher-rated hyperactivity and reading ability in childhood: findings from two longitudinal studies. J Child Psychol Psychiatry 2002: 43(8): 1004-1017.

28. Brands B, Sproule B, Marshman J. Drugs and Drug Abuse. Ontario: Addiction Research Foundation; 1998.

29. Fegert JM. Methylphenidat und kein Ende? Is die medikamentöse Behandlung des hyperkinetischen Syndroms tatsächlich ein Thema für Suchtmediziner? Suchtmed 2001: 3(4): 185-186.

30. Lynskey MT, Hall W. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? Addiction 2001: 96(6): 815-822.

31. Crime and Misconduct Commission. The illicit market for ADHD prescription drugs in Queensland. Crime Bulletin Series 2002, n° 4.

32. -. Hyperactieve hype. Pharm Weekbl 1999: 134(44): 1505.

33. Perring C. Medicating children: the case of Riltalin. Bioethics 1997: 11(3&4): 228-240.

34. Holtkamp K, Peters-Wallraf B, Wüller S, Pfäaffle R, Herpetz-Dahlmann B. Case report – methylphenidate-related growth impairment. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2002: 12(1): 55-61.

35. AVG. Compendium 2000. Brussel: AVG; 2000.

36. Center for Mental Health in Schools at UCLA. A resource aid packet on students and psychotropic medication: the school's role. Los Angeles: UCLA; 2003.

37. Carpentier P.-J. ADHD en verslaving: een complexe materie. In: Nieuwsbrief ADHD bij Volwassenen, nummer 6, jaargang 4. februari 2002. http://www.parnassia.nl/circ_volw2/zp_adhd/nieuwsbrieven/nbrief0604.html.

38. Goldstein A. Addiction. From Biology to Drug Policy. Oxford: Oxford university Press; 2001.

39. Ivis FJ, Adlaf EM. Prevalence of methylphenidate use among adolescents in Ontario. Can J Public Health 1999: 90(5): 309-312.

40. Falkowski C. Dangerous Drugs. An easy-to-use reference for parents and professionals. Center City: Hazelden; 2000.

41. Laegemiddel Styrelsen. Consumption of Ritalin® is increasing. http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/en/statistics/analyses/ritalin_e.asp (18/06/1999).

42. -.Gebruik methylfenidaat blijft toenemen. Pharm Weekbl 2000: 135(43): 1581.

43. -.Geneesmiddelengebruik van kinderen. Pharm Weekbl 2001: 136(36): 1325.

44. Burgess JR, Stevens L, Zhang W, Peck L. Long-chain polyunsaturated fatty acids in children with attention-deficit hyperactivity disorder. Am J Clin Nutr 2000: 71(1): 327-330.

45. Pelsser IMJ, Buitelaar JK. Gunstige invloed van een standaardeliminatiedieet op het gedrag van jonge kinderen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD), een verkennend onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd: 146(52): 2543-2547.

46. Harding KL, Judah RD, Gant C. Outcome-based comparison of Ritalin versus food-supplement treated children with AD/HD. Alternative Medicine Review 2003: 8(3): 319-330.

47. Delhaas R, Eussen G. 102 Vragen over alcohol, drugs, gokken. Alkmaar: Brijder Stichting; 1999.

48. Windle M. A retrospective measure of childhood behavior problems and its use in predicting adolescent problem behaviors. J Stud Alcohol 1993: 54(4): 422-431.

49. Crowley TJ, Mikulich SK, MacDonald M, Young SE, Zerbe GO. Substance-dependent, conduct-disordered adolescent males: severity of diagnosis predicts 2-year outcome. Drug Alcohol Depend 1998: 49(3): 225-237.

50. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer T, Faraone S. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995: 152(11): 1652-1658.

51. Whitmore EA, Mikulich SK, Thompson LL, Riggs PD, Aarons GA, Crowley TL. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. Drug Alcohol Depend 1998: 47(2): 87-97.

52. Lynskey MT, Fergusson DM. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. J Abnorm Child Psychol 1995: 23(3): 281-302.

53. Costello, E.J., Armstrong, T.D., Erkanli, A.(2000). Report on the developmental epidemiology of comorbid psychiatric and substance use disorders. Bethesda: NIDA.

54. Molina BSG, Bukstein OG, Lynch KG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder. Psychology of Addictive Behaviors 2002: 16(2): 161-164.

55. Flory K, Milich R, Lynam DR, Leukefeld C, Clayton R. Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. Psychology of Addictive Behaviors 2003: 17(2): 151-158.

56. Moss HB, Lynch KG. Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. Drug Alcohol Depend 2001: 64: 75-83.

57. Molina BSG, Pelham WE. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. J Abnorm Psychol 2003: 112(3): 497-507.

58. van de Glind G, Eland A, Janssen M. ADHD en verslaving. Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 2001: 56(6): 537-555.

59. Plume D. The self medication hypothesis: ADHD & chronic cocaine abuse. www.druglibrary.org/schaffer/cocaine/addhyp.htm (april 1995).

60. Richardson W. The link between ADD en addiction: getting the help you deserve. Colorado Spings: Pinon Press; 1997.

61. Johnson JL, Posner NE, Rolf JE. The comorbidity of substance use and mental illness among adolescents. In: Lehman AF, Dixon LB. Double jeopardy. Chronic mental illness and substance use disorders. Baltimore: Harwood Academic Publishers;1995.

62. Stolk M. ADHD-onderzoek tussen de bedrijven door. De Brijder test proefprotocol. UitBrijder 2002: 27(9): 9-10.

63. Trimbos-Instituut. Minstens 1 op de tien verslaafden heeft ADHD. Persbericht Trimbos-Instituut 10 april 2003.

64. Cornelius JR, Pringle J, Jernigan J, Kirisci L, Clark DB. Correlates of mental health service utilization and unmet need among a sample of male adolescents. Addict Behav 2001: 26(1): 11-19.

65. Baron SW. Street youth and substance use. The role of background, street lifestyles and economic factors. Youth and Society 1999: 31(1): 3-25.

66. Williams R. Children and young people. Substance misuse services, the substance of young needs. Commissioning and providing services for children and young people who use and misuse substances. London: HMSO; 1996.

67. Gasser-Steiner P, Stigler H. Jugendlicher Drogenkonsum - Epidemiologische Befunde und sozialwissenschaftliche Modelle, zur Verbreitung des Konsums legaler und illegaler Drogen in der Steiermark. Graz: Universität Graz; 1997.

68. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. Pediatrics 1999: 104(2): e 20.

69. Wise BK, Cuffe SP, Fischer T. Dual diagnoses and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat 2001: 21: 161-165.

70. Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E. Bupoprion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. J Addict Dis 2002: 21(2): 1-16.

71. Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. Drug Alcohol Depend 1998: 52: 15-25.

72. Saules KK, Pomerlaeu CS, Schubiner H. Patterns of inattentive and hyperactive symptomatology in cocaine-addicted and non-cocaine-addicted smokers diagnosed with adult attention deficit hyperactivity disorder. J Addict Dis 2003: 22(2): 71-78.

73. Whalen CK, Jamner LD, Henker B, Delfino RJ, Lozano JM. The ADHD spectrum and everyday life: experience sampling of adolescent moods, activities, smoking and drinking. Child Dev 2002: 73 (1): 209-227.

74. Pomerleau CS, Downey KK, Snedecor SM, Mehringer AM, Marks JL, Pomerleau OF. Smoking patterns and abstinence effects in smokers with no ADHD, childhood ADHD, and adult ADHD symptomatology. Addict Behav 2003: 28: 1149-1157.

75. Kooij JJS, Aeckerlin LP, Buitelaar JK. Functioneren, comorbiditeit en behandeling van 141 volwassenen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) op een algemene polikliniek psychiatrie. Ned Tijdschr Geneeskd 2001: 145: 1498-1501.

76. Schuckit MA. Drug and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000.

77. Foley R, Mrvos R, Krenzelok EP. A profile of methylphenidate exposures. Clin Toxicol 2000: 38(6): 625-630.

78. Glantz MD, Hartel CR. Drug Abuse. Origins & Interventions. Washington: American Psychological Association; 1999.

79. Brief van Edith Leus (BIRN-REITOX) per e-mail, dd 22/01/2002.

80. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kotimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J, Jarvelin MR. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. Am J Psychiatry 2003: 160(6): 1028-1040.

81. Hofhuis W, Merkus PJFM, de Jongeste JC. Nadelige effecten van passief roken op het (ongeboren) kind. Ned Tijdschr Geneeskd 2002: 146(8): 356-359.

82. Kotimaa AJ, Moilanen I, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, Hartikainen AL, Jarvelin MR. Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003: 42(7): 826-833.

83. Coles CD, Plantzman KA, Raskind-Hood CL, Brown RT, Falek A, Smith IE. A comparison of children affected by prenatal alcohol exposure and attention deficit, hyperactivity disorder. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1997: 21(1): 150-161.

84. Aronson M, Hagberg B, Gillberg Ch. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study. Dev Med Child Neurol 1997: 39: 583-587.

85. Bandstra ES, Morrow CE, Anthony JC, Accornero VH, Fried PA. Longitudinal investigation of task persistence and sustained attention in children with prenatal cocaine exposure. Neurotoxicology and Teratology 2001: 23(6): 545-559.

86. Stratton J, Gailfus D. A new approach to substance abuse treatment. Adolescents and adults with ADHD. J Subst Abuse Treat 1998: 15(2): 89-94.

87. Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997: 36(1): 30-36.

88. Khantzian EJ, Gawin F, Kleber HD, Riordan CE. Methylphenidate (Ritalin®) treatment of cocaine dependence – A preliminary report. J Subst Abuse Treat 1984: 1(2): 107-112.

89. Martinez-Cano H, Martinez-Gras I, De Iceta M, Rodao JM, Vela-Bueno A. Methylphenidate in stimulants abuse: three case reports. The American Journal of Addiction Psychiatry 2001: 10: 192-193.

90. Keeley KA, Licht AL. Gradual vs. Abrupt withdrawal of Methylphenidate in two older dependent males. J Subst Abuse Treat 1985: 2(2): 123-125.

91. van de Glind G, Eland A, van Duin D. Protocol ADHD bij verslaving. Utrecht: Trimbos-Instituut; 2003.